

長崎県福祉サービス第三評価結果報告

①第三者評価機関名

有限会社 医療福祉評価センター

②事業者情報

名称：わーく・しまばら	種別：就労継続支援 B 型
代表者氏名：田島 光浩	定員（利用人数）： 20 名
所在地：長崎県島原市上の町 536-2 TEL：0957-73-9925	

*施設・事業所情報は、事業所プロフィール参照

③施設・事業所の特徴的な取組

特に評価の高い点の、「就労支援と利用者の成長支援」を参照

④第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 27 年 5 月 28 日（契約日） ～ 平成 27 年 7 月 13 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）

⑤総評

◇特に評価の高い点
【就労支援と利用者の成長支援】
『なかよしキッチン えぷろん』で昼食をとり、注文を聞く、配膳を行う、お皿を洗うなど、笑顔で一生懸命お仕事する姿が印象的であった。
①お弁当の配達をおこなう利用者が少しずつ成長し、顧客から挨拶をほめられ、姿勢もよくなった。②就労意欲があまり強くなかった利用者が、カレーをつくる際の玉ねぎいためという根気のいる役割を与えられ、成長過程をほめられることでやる気があがっていったエピソードなど、利用者の個性にむきあった就労支援サービスを実現している。

◇改善を求められる点
【地域との関わりを持つ拠点の確保】
現在、利用者の就労先の一つに、「えぷろん」という食事を提供するお店が事業所のすぐ近くにある。市役所のそばに位置しており、利用者と健常者が関わるに、格好の立地である。店舗は入りやすい雰囲気であり、昼食時は多くの人で賑わっていた。この条件をうまく利用し、「えぷろん」を地域との拠点として位置づけることができれば、地域の情報収集がより確実なものになり、人的な交流を今以上に図ることができ、地域の中の法人として、存在意義もより高まることが想定される。実際に、島原地区の平成 30 年に向けての中長期計画の目標(平成 30 年の姿)に、自前の就労メニューの確立(設備充実)とあり、この目標を達成する一つ足掛かりとしても、地域開放の取り組みを期待する。

【虐待再発防止の不断の取組】

虐待事例の発生原因を分析（①障害者虐待防止法に対する理解が不十分であった、②福祉従事者としての職業倫理感が不徹底であった、③障がい特性に関する知識・専門技術の不足、④支援体制上の要因）、対応策を事業計画・研修計画に明記し実践している。

しかし、管理者の変更、利用者の障がい特性、職員の入れ替わり（当時在籍していなかった職員の入職）、マンパワーの不足、環境の変化等により虐待事故発生リスクがなくなることはないと思われる。気の緩みを防ぎ継続的な取り組みを期待する。

⑥第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

自己評価をすることで、事業所の職員みんなで取り組みを振り返る機会となりました。

第三者評価機関より客観的に評価していただき、事業所の強みや弱みを知ることができました。よりよい支援の提供や社会貢献ができるようなヒントをいただき、今後の事業運営や計画に役立たせていきたいと思えます。

また、利用者や家族、地域の方々に信頼していただけるような事業所を目指して、更に精進して行きたいと思えます。

さまざまな角度からの指摘やアドバイスをありがとうございました。

⑦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。

第三評価結果

※すべての評価細目（45 項目）について、判断基準（a・b・c の 3 段階）に基づいた評価結果を表示する。

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

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。		
1	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。	a・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> 施設外就労がメインのサービスである。お弁当の配達、レストランでの接客、介護施設の清掃等、施設外の人々との関わりの中で「障がいがあっても立派な人間に、生かされた人間ではなく自らいきる人間に」という理念を利用者が体験する取組みが行われている。 理念の実現に向けて社員教育は充実しているが、利用者・家族への周知は今後の課題との自己評価である。理念を実現するための主役は利用者であり、わかりやすく説明するための工夫など今後の対応を期待する。 		

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。		
2	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。	a・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> 市内のb型事業所の中では一番高い工賃を支給できている。①利用者が働きたいと思う魅力的な就労メニューの確立が経営計画の目標のひとつである。 		
3	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。	a・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> 平成30年に向けた目標に「就労メニューの確立」を挙げているが実現に向けた具体的な取り組みは今後随時実施していくとのことである。新メニューの確立は時間がかかり、解決すべき課題も数多くあると思われる。年度毎にステップを決めて段階的に進めることが重要である。 		

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。		
4	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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> 平成30年に向けて、「就労メニューの確立」という目標を定め、中・長期の計画を策定している。長所・短所を分析し、①サービス内容、②人材育成、③収支・利用者確保など項目ごとに年度毎の目標を定めている。 		
5	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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> 事業計画書が策定されている。①工賃アップを目指す、②利用者のニーズと障がい特性に応じたサービスの提供、③社会人としての基礎力の向上など7つの目標を定め、毎月進捗管理の会議をおこなっている。 中期計画書の目標である「就労メニューの確立」を確実にするために、その目標を反映した単年度のステップ（目標設定）も今後必要であると思われる。 		
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> 今年度から事業進捗会議を毎月実施。行動目標が実施できたか、成果はあがったか等、振り返りを行うことにより職員への周知活動をおこなっている。 		
7	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。	a・㉠・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> 事業計画は、サービス計画書や就労支援の場でいかされているが、利用者・家族へ計画書の内容を理解するための取組は不十分との自己評価であった。 サービスの受け手である利用者・家族に施設の目標を理解してもらうことは、施設運営のサポートや、意見、相談の増加につながると思われる。 		

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。		
8	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。	a・b・c
<コメント> ・今回初めて自己評価に取組み、いろんな視点で職員の考えや行動を確認することができ有意義であったとのことである。今後も定期的な自己評価の実施を期待します。		
9	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。	a・b・c
<コメント> ・自己評価・第三者評価の結果はゴールではありません。改善のスタートです。再度、職員と課題を整理し、必要によっては事業計画書の目標に定め、実行することをおすすめします。		

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。		
10	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。	a・b・c
<コメント> ・役割分掌表があり管理者の役割と責任を明示し職員に周知している。		
11	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。	a・b・c
<コメント> ・サービス提供に直接関わる法令等の改正の際は、本部から事業所の代表に内容の説明、留意事項が伝わり職員にフィードバックしている。また、法人内の就労支援 b 型事業所のリーダーが集まり、加算算定のルール等について情報交換をおこなっている。		
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	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。	a・b・c
<コメント> ・事例検討会、送迎ルートの見直し等あらかじめ業務内容とその実施日を定め、毎月統括部長、事務局と、実施の有無、改善案の検討等について振り返りを行う目的で、業務進捗会議をおこなっている。		

13	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。	a・㉞・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ヒヤリハットの集計、フェイスシートの作成等、担当者の役割を分担表に定め責任意識を高めている。 ・臨時職員、嘱託職員が多く、福祉未経験の職員の比率が高いとのことである。職員のモチベーションアップと技術力の向上が今後の課題である。マニュアルの整備による業務の標準化、職員と管理者のコミュニケーションの充実が重要である。 		

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。		
14	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。	a・㉞・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・福祉の専門性を高めるために資格の取得を推奨している。 ・新卒職員の研修プログラムは充実しているが、中途入職の研修プログラムの見直し（初年度移行）が今後必要との自己評価であった。 		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・㉞・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・人事考課制度は開始3年目である。①成績、②情意、③能力に応じて上司が年2回面談をおこない評価を実施している。人事考課は職員の成長を支援する制度である。 自ら将来をイメージできるキャリアパスの仕組み（昇進・昇格の基準、そのために必要となる技術・知識の水準、技術・知識を取得するための機会等）を明確にすること。さらに個人毎に目標を設定し、自己評価をおこない、上司がその結果にもとづきフィードバックをおこなうことが重要です。 キャリアパス制度の今後さらなる充実を期待します。 		
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	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。	㉞・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・事前に申し出れば、連休を含め希望する日に休みをとることが可能である。仕事のやりがい困難度、職場環境・人間関係について職員が自己申告書を提出。雇用環境職場環境の改善に活用している。 		

II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
17	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。	a・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> 職員一人ひとりの役割を明確にするために職員役割分担表を作成している 職員評価表に求める職員像が明記され半年に一度面談をおこなっている。組織の求める職員像をふまえキャリアや能力、個性などによって職員の目標を設定すると個人の役割がさらに明確になり成長につながると思われる。 		
18	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。	a・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> 虐待防止と障がい特性の理解をメインテーマに年間 35 回の研修を計画している。グループワークや研修報告書を提出させるなど、研修が受け身にならないよう工夫している。さらに研修の進捗について月次事業報告書の中で振り返りをおこなっている。 		
19	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。	a・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> 施設全体の研修計画及び新人の研修プログラムは充実している。近年、障がい者福祉の未経験者が中途入職する機会が増加している。初任者研修及びOJTを中心に中途入職者を教育しているが、業務標準化のためにプログラムにもとづく研修も今後必要である。 		
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。		
20	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。	a・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> 実習生受け入れのマニュアルが整備され、社会福祉士など資格取得のための実習も受け入れをおこなっている。 		

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。		
21	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。	a・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ホームページには施設の理念、財務諸表等が公開されいつでも閲覧が可能である。苦情・相談の内容、改善結果も公表されているが、平成 24 年度以降情報が更新されていなかった。 		

22	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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>・監事が業務監査チェックリストを活用し内部監査を実施している。監事による会計の監査も実施されている。評価基準では、公認会計士、税理士等会計に関する専門家、学識経験者等による外部監査（当該法人の役職者、役員等をのぞく）の実施が求められている。</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。		
23	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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>・施設外就労がメインのサービスであり、高齢者施設や牧場、野菜加工施設など受入企業の職員を中心に地域との関わりを広げている。</p> <p>・『なかよしキッチン えぶろん』では弁当の販売をおこない市役所への配達を利用者がおこない顔なじみとなっている。また、ランチも提供しており、調査当日もにぎわっていた。地域との交流の拠点として今後も積極的に活用してほしい。</p>		
24	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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>・利用者アンケートの聞き取りに大学生がボランティアとして参加している。就労支援がメインであるため現状ボランティアの受け入れ件数は少なく、ボランティア受け入れのマニュアルは整備されていない。ボランティアを受け入れることは、学生や一般市民に福祉施設の取組みを理解してもらう絶好の機会です。</p>		
Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>・相談支援事業所と情報交換会を開催、利用者のモニタリングをおこなっている。法人内の横割り会議に所長が参加し、情報交換をおこなっている。地域の施設との会が現在盛り上がりにかけているとのことである。関係機関との連携から得られた情報を施設内にフィードバックし広い視野をもった職員を育成することも今後重要である。</p>		

Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	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。	a・㉞・c
<p><コメント></p> <p>・『なかよしキッチン えぷろん』には来店者があり地域とのつながりの窓口である。商店街の一角にある立地をいかし、利用者の就労に対する思い、受け入れ企業の考えなど、地域に情報発信する機会を定期的に持つことも効果的と思われる。</p>		
27	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。	a・㉞・c
<p><コメント></p> <p>・新たな就労メニューの確立が経営計画のメインテーマのひとつである。『えぷろん』を拠点にした地域とのつながりを中心に地域の公益サービスに関するニーズをひろいあげ、実施していくことは今後の課題である。</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。		
28	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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>・①個人の尊厳を基本とします②生活者としての権利を尊重します等利用者を尊重する基本姿勢を明記した倫理綱領があり、毎年研修を実施している。</p>		
29	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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>・「ご利用者さんを〇〇さんと呼んでいる」「イライラしていても、ご利用者に感情的にぶつけることはない」等日常の業務を毎月ふりかえることにより、利用者の権利擁護に配慮したサービス提供を実践している。</p>		
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。		
30	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。	a・㉞・c
<p><コメント></p> <p>・法人の基本方針や事業内容など、基本的な情報に関しては、パンフレットやホームページにて確認できた。また、利用を希望する利用者へは、見学や一日体験利用を推奨して、実際に利用する際に、イメージしやすい工夫を行っていた。</p> <p>・サービスの利用内容や事業所の説明を行う際、利用者の特性を考慮して、絵や写真など視覚でイメージできるような資料を用いて説明することで、利用者の自己決定を促すような取り組みを期待する。</p>		

31	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。	a・㊦・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者のレベルを勘案した上でケア計画を作成し、目標に向けた取組みが実施されていた。サービス開始時や変更時には説明と同意がなされていたが、意思決定が困難な場合には、法人の関連団体が運営する「あんしん家族」という、障がい者後見制度の相談窓口を紹介するなど、サポート体制が充実していた。 ・サービス変更時などは、利用者の特性を考慮して意見を汲み取る努力は確認したが、利用者や家族がわかりやすいような写真や絵を用いて説明するなど、資料の在り方について、今以上の工夫を期待する。 		
32	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。	㊦・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・件数は多くないが、サービス変更の場合は、関係機関も交えて利用者や家族に説明する仕組みが確立していた。また、サービス変更の際は特に慎重になって、引継ぎ等を行い、利用者が不利益を被ることがないようにする姿勢が確認できた。 		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	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。	a・㊦・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として利用者満足度を確認する手段の一つに、大学や障がいのある方が運営する当事者団体 NPO ふれあいネットワーク・ピアと連携して、4～5年前よりアンケートを実施している。また、早めの対応が必要な自由回答欄の内容等については、回答時期を短縮して利用者等へフィードバックしている。 ・法人単位で、利用者満足度の聴取に取り組んでいるが、在宅の利用者への密なアプローチや、利用者参画のもと、検討会議を開催する仕組みを、今以上に確立するなど、今後、関わり方の充実を期待する。 		

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。		
34	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。	a・㊦・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・苦情解決の体制については、法人内に設置してある、コンプライアンス委員会が中心となって活動を行っている。また、事業所単位においても、重要事項説明書に苦情解決の体制や、受付先が明記されていた。 ・苦情の発信元への解決方法など、フィードバックは確認できたが、内容の公表にまでは至っていない。(法人のホームページ上で一部公表) 苦情内容と解決方法の共有を、可能な限り法人内や事業所内で実施し、個人が特定できない範疇での公表を期待する。この積み重ねが、サービスの質の向上につながっていく。 		
35	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。	a・㊦・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者が相談しやすい仕組みや、環境の整備については、重要事項説明書に相談先を複数記載したり、法人独自の相談室へ伝える仕組みができています。また、苦情相談受付メモとポストを設置するなど、利用者等が直接口頭で言いにくいことも、紙ベースで表現できるように工夫していた。 ・利用者等と事業所との風通しをよくする手段として、苦情受付などに関する掲示物の表現方法に、絵や写真を用いる等工夫したり、広報誌等のちょっとしたスペースに、意見や苦情を汲み取る法人としての姿勢を記入するなど、今以上に意見を出しやすい環境整備を期待する。また、遠方に住んでいる家族等へは、返信用封筒を同封して意見を聞き取る等、一部の家族だけではなく、全体的な取り組みも望まれる。 		
36	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。	a・㊦・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人内のコンプライアンス委員会を中心に、苦情解決・ご意見・ご相談マニュアルを作成し、定期的な見直しも実施されていた。また、事業運営と直接関係ないが、利用者が地域で人権侵害を受けたケースにも自主的に対応していた。 ・意見箱の設置は認められたが、利用者が意見を投函した日から、職員が返答をした日までタイムラグが生じていたケースがあった。ポストには毎日確認することを記すなど、迅速な対応と、利用者からの意見については、全職員への周知徹底を期待する。独立した相談室がない現状であり、意見の傾聴やプライバシー確保のため、可能であれば、自宅訪問を意図的に行うことなどが望まれる。 		

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。		
37	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。	a・㊦・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・事故発生時の対応について、マニュアルを作成し、職員への周知は会議等で行っている。また、事故報告書やヒヤリハット報告書が提出しやすい様式に工夫され、情報を吸い上げる姿勢を確認した。 ・発生した事故等の事例について、情報収集と取りまとめは実施されているが、職員への周知に関しては、口頭での報告となることが多いようである。分析結果を書面等でわかりやすくまとめて、職員に対する研修材料とすると、今以上に事故発生を予防する意識が高まると考えられる。すでに発生した症例を、より有効に活かす工夫を期待する。 		
38	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。	㊦・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・感染症対策に関しては、感染症対策委員会を設けるなど、法人内における取組に加え、事業所単位でもマニュアルの整備と、外部研修への参加も含めて、学ぶ機会を設けていた。特に法人内では、他事業所の感染症に関する情報収集が可能となっており、対策を講じるよい材料となっていた。また、法人内の看護師が状況に応じて対応できる体制も確認できた。 		
39	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。	a・㊦・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人内に防災委員会を設置して、この組織を中心として総合防災マニュアルを作成し、火災や自然災害時の対応をルール化している。また、職員が地域における総合防災訓練にも参加して、関係団体との連携強化に努めている。 ・事業所内においては、持ち出しリストの作成や、近隣の同一法人事業所と連携して、必要最低限の範囲で構わないので、備蓄リストを共有するなど、備えあれば憂いなしの心構えを今後期待したい。 		

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。		
40	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。	a・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・提供する福祉サービスについては、運営規定や重要事項説明書の内容にて確認できた。また、利用者の権利尊重や、権利擁護等の取り組みについては、倫理綱領や就業規則にて文書化されており、入職した時を中心に研修体系が整備されていた。 ・倫理面に関する研修について、実施されてはいるが、継続的な取り組みになっているか不明確ということであった。法人に所属する以上、あるべき職員像をより確実なものにするためにも、年度毎の研修計画の中に、個人の尊厳や職業倫理面も含めた研修の実施を含めることが望まれる。 		
41	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。	a・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として、また、事業所として統一した書式である、運営規定や重要事項説明書、倫理綱領については、一元的に管理されていることが確認できた。 ・昨今、大幅な見直しが行われているわけではないが、法人の大きな方針に基づいて、各事業所の個別計画書に落とし込み、障がいの特性や、特性の理解、個性、強み、特技を利用者や家族、職員と協議する仕組みが確認できた。 		
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。		
42	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。	a・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・現在、福祉サービスの実施計画に関して、責任者を設置し、管理体制は構築されていた。また、計画書の内容については、利用者や関係職員の意見を尊重して作成するプロセスを、モニタリング会議録や個人面談票において確認できた。 ・利用者のアセスメントの一環として、医師の意見書作成用のツールを用いていることを確認したが、アセスメントの項目については、就労支援独自の内容を盛り込んでおくと、今よりも適切な支援が期待される。今後アセスメント項目の見直しが必要であると思われる。 		

43	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。	a・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・計画書の見直しについて、評価や見直しを行う仕組みは口頭で確認できたが、サービス計画書作成の一連の流れが確立しているとは言い難く、今一度PDCAサイクルの確認と、その一つのステップである、計画の評価や見直しについて、必要な書類の作成や保存を期待する。 		
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
44	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。	a・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者のサービス提供に関する情報について、集約されたのちに記録としてファイリングし、保管されているところは確認できた。また、その中には情報共有を目的とした話し合いの書類も確認できた。 ・事業所独自のアセスメントツールやサービス実施記録に関しては、様式を見直す必要があるとの自己評価であった。今後、サービス種別に相応した項目を盛り込んだ、法人または事業所オリジナルの書類の整備が望まれる。 		
45	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。	a・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・記録の管理に関して、同意書や重要事項説明書にて取り扱いが確認できた。 ・記録管理について（個人情報を含め）責任者を設置し、利用者又は家族から情報開示要求等があった場合、権限は誰が有するのかなど情報開示のルールの特明確化が望まれる。 		

第三評価結果

※すべての評価細目（30 項目）について、判断基準（a・b・c の 3 段階）に基づいた評価結果を表示する。

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

A-1 利用者の尊重

		第三者評価結果
1-(1) 利用者の尊重		
1-(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。	a・㊦・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者のコミュニケーション能力を高めるために、ケア計画に能力向上を目的とした内容を立案したり、伝える際には文章化した内容ではなく、絵を用いた伝え方などを駆使していた。また、日常の関わりの中から、利用者独自の表現方法を発見し、個々に応じた方法を常に検討していることが確認できた。 ・利用者の特性を考えると、コミュニケーションを図る上で、より専門的な関わりが重要である。そのツールや手段については、視覚化することを中心に、今後、コミュニケーション方法の改善を期待したい。 		
1-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	a・㊦・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・活動内容に関して、利用者の能力や特性を考慮し、利用者や家族と協議の上、決定していた。就労先の担当職員は、ほぼ固定化されており、その支援内容は活動日誌で確認できた。また、就労先には健常者と関わる業務内容も含まれており、就労先の担当職員は、利用者が主体的な活動ができるよう側面的な支援を心掛けている。それらの内容は個人面談票から確認できた。 ・障がいのある方が運営する当事者団体 NPO ふれあいネットワーク・ピアなどとの、定期的な協議を今以上に持つなどして、可能な限り利用者が主体的な活動が行えるように、アイデアを収集するなど、会議の充実を期待する。 		

	1-(1)-③ 利用者の自力で行な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。	a・㊦・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者支援の在り方のうち、まずは理念に則して、自ら生きる姿勢を尊重し、可能な限り、自立支援の考え方から支援内容を組み立てていた。見守り声かけが必要な際は、事業所内で連絡ノート等を活用して、情報を共有した上で実施していた。 ・利用者の特性やレベルに応じて、介助が必要となる場合も往々に考えられるため、その内容は口頭だけでなく、契約の際にその可能性を説明して同意を得ておくなど、想定されるケースについて、事前に説明しておくことが望まれる。 		
	1-(1)-④ 利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。	a・㊦・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の就労先が複数個所存在し、その特性や能力に応じてプログラムが準備されていた。実際に就労先の見学を通じて確認できた。また、自己表現の技能については、毎日の支援の中で挨拶や姿勢なども含めて、助言を行っていることが活動日誌より確認できた。 ・利用者の人権意識を高められるような情報や資料について、職員間での共有はできているが、利用者までには至っていない。掲示物を事業所内に貼ったり、資料を渡したりするなど、今後の情報提供を期待する。 		
	1-(1)-⑤ 利用者に対して緊急やむを得ない場合を除き、行動抑制や身体的拘束は行わないようにしている。	a・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・やむを得ずに行動抑制や身体拘束を行う場合、事前に行動制限実施同意書を家族等と交わすようになってはいるが、現在のところ該当する利用者はいない。但し、行動制限等を実行する基準としては、自傷や他害等があり、周囲や本人に危険が及ぶ場合を想定していた。職員は、利用者の特性を今以上に理解するため、外部研修も含めて研修に参加していた。 ・行動抑制や身体拘束の廃止は、法人内の課題と捉え、法人内の過去の事例を分析したり、専門家の意見を反映させたり、日常の職員の観察結果を振り返るなど、できるだけ身体拘束を行わない永続的な取り組みを期待する。 <p>※虐待事例再発防止の取組中であり評価対象外とする。</p>		

	1-(1)-⑥ 利用者に対する暴力、言葉による脅かし等の不適切な関わりの防止と早期発見に取り組んでいる。	a・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・「シンポジウム：障がい者虐待防止に向けた体制づくり」「障がい者虐待防止研修」「不適切なケアの事例集/あるべき姿、望まれる対応」などの実施により、具体的な症例を検討して、職員への教育がなされていた。また、事業所内には「虐待かなとおもったら…」という掲示がなされており、その内容は不適切ケアの例が記載され、相談する場合の連絡先などが記されていた。 ・「GBiT(じびっと)」という虐待防止に関する広報誌を、法人内の虐待防止委員会から隔月に発行し、障がい者虐待防止法を、より身近に感じてもらうための内容が記載されていた。 ・事業所において、不適切な関わりがあった場合、支援報告書に記載するように義務づけられている。また、その行為が不適切であると事実確認できた場合は、就業規則など法人内の規定に基づき、厳正に処分される旨の文言が記載されていた。 ・利用者の家族は、自分の子供(兄弟姉妹)への処遇は、本当に大丈夫であろうかという不安な気持ちは消えることがないと思われる。この不安を払しょくするには、発生防止のために決めたことや、実施していることを細かく報告していくことが重要である。利用者の家族の立場になって報告を行うなど、今まで以上にきめの細かい対応を期待する。 ・虐待防止に関しては、最重要課題と位置付けて、法人レベルでの取り組みを行っている。再発防止策については、時間の経過とともに風化しがちにもなるため、今後も永続的に取り組みを実施するよう期待する。 <p>※虐待事例再発防止の取組中であり評価対象外とする。</p>		

A-2 日常生活支援

	第三者評価結果	
2-(1) 食事		
	2-(1)-① サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。	a・b・㉔
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・就労支援がメインでありサービス計画に基づいた食事サービスの事例は確認できなかった。しかし、利用者の状態に応じて、刻み食にしたり、自宅から好む食品を持参してもらう等食事に関する対応は行っていた。 ・食事に関する特記事項を、アセスメント表まとめておくなどの対応や、栄養面、医学的側面からも、今後、食事に関するマニュアル整備を期待する。 		

	2-(1)-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。	a・b・c
<コメント> ・対象外のため評価なし。		
	2-(1)-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	a・b・㊦
<コメント> ・就労支援をしているため、食事の時間は明確に決まっていた。 ・今後、事業所の移転を検討しているとのことで、この際に、ゆっくり食事が摂れるような環境整備ができないか、法人で検討することを期待する。		
2-(2) 入浴		
	2-(2)-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。	a・b・c
<コメント> ・対象外のため評価なし。		
	2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a・b・c
<コメント> ・対象外のため評価なし。		
	2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境整備は適切に行われている。	a・b・c
<コメント> ・対象外のため評価なし。		
2-(3) 排泄		
	2-(3)-① 快適な排泄ができるよう介助に配慮している。	a・b・㊦
<コメント> ・現在、排泄介助に関しては、拭き取りを支援する利用者はいるとのことであった。今後のことを考えると、基本的な知識を習得していたほうが、支援の幅が広がると思われる。業務標準化のためのマニュアルの整備を期待する。		
	2-(2)-② トイレは清潔で快適である。	a・㊦・c
<コメント> ・トイレは定期的に確認を行い、清潔にしているが、介助が必要な利用者にとっては、環境が整っているとは言い難い。今後、事業所の移転を検討しているとのことで、この際に、介助が必要な利用者用にトイレの設備を整えることができないか、法人で検討することを期待する。		
2-(4) 衣服		
	2-(4)-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。	a・b・c
<コメント> ・対象外のため評価なし。		

	2-(4)-② 衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切である。	a・b・c
<コメント> ・対象外のため評価なし。		
2-(5) 理容・美容		
	2-(5)-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。	a・b・c
<コメント> ・対象外のため評価なし。		
	2-(5)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。	a・b・c
<コメント> ・対象外のため評価なし。		
2-(6) 睡眠		
	2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	a・b・c
<コメント> ・対象外のため評価なし。		
2-(7) 健康管理		
	2-(7)-① 日常の健康管理は適切に行われている。	a・㊦・c
<コメント> ・利用者の健康管理体制については、同一法人内の医務担当者や、別のところに入居している利用者の場合は、生活担当者とも連携が図れている。マニュアルについては、法人内にある感染対策委員会が中心となって作成され、定期的な見直しも実施されていた。 ・健康維持のために、利用者は看護師に相談できる体制が構築されている。予防接種の励行も対策の一環として実施されていた。 ・口腔衛生や口腔機能向上面に関して、連携先はあるものの、必要に応じて関わる程度に終始しているとのことであった。口腔ケアは健康管理の重要なポイントとも言われているため、定期受診を促す機会を設けたり、ブラッシング指導など、可能なことから始動することを期待する。		
	2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	㊦・b・c
<コメント> ・健康面に変調があった場合には、同一法人内の医務担当者が中心となって、医療マニュアルに基づき、対応する仕組みが構築されていた。また、提携の医療機関も事業所の近くに確保されていることが、重要事項説明書にて確認できた。 ・マニュアルは、平成26年度版と記されており、更新については法人からの指示を待つ状態となっていた。		

	2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	a・㊦・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の内服等に関する情報については、病院受診報告書の内容から、変更点や内服時の注意事項等確認することができた。 ・内服薬に関するマニュアルについては、管理方法や誤薬時の対応まで、医療マニュアルの内容から確認することができた。さらに内服薬は、2重チェックする仕組みになっており、担当職員が就労先でチェックしたあと、薬の空き袋を持ち帰って、更に事業所内でチェックするなど徹底されていた。この取り組みは、投薬簿という書類にて確認できた。 ・服薬に関するマニュアルについて、研修や定期点検にまで至っていないとのことであった。今後、更に服薬体制を強化するためにも、研修の開催や定期点検の実施を期待する。 		
2-(8) 余暇・レクリエーション		
	2-(8)-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。	a・b・㊦
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・現在、近隣で開催予定の行事などの情報発信はできているが、就労メインの事業所のため、余暇活動の充実は図れていない。今後、利用者の意向や職員の思いを確認しながら、方針を定めていくことが望まれる。なお、余暇活動を通じて交流の輪が広がったり、利用者の新たな発見が期待される。 		
2-(9) 外出、外泊		
	2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	a・b・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象外のため評価なし。 		
	2-(9)-② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	a・b・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象外のため評価なし。 		
2-(10) 所持金・預かり金等の管理		
	2-(10)-① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	a・b・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象外のため評価なし。 		
	2-(10)-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。	a・b・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象外のため評価なし。 		
	2-(10)-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。	a・b・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象外のため評価なし。 		

A-3 安全・衛生・事故防止

		第三者評価 結果
3-(1) 安全・衛生・事故防止		
	3-(1)-① 安全確保や衛生管理又は事故防止に関するマニュアルが整備されており、その対応方法について、全職員に周知されている。	a・㊦・c
<p><コメント></p> <p>・事故及び災害発生時の対応については、法人内でまとめている事故発生時対応マニュアルや総合防災マニュアルにて確認できた。また、年に2回の避難訓練の実施にて周知が図れている。</p> <p>・マニュアルについての研修を行うことで、今以上に職員へ周知徹底が図ることができたり、定期的な点検を行うことで、実態に合った対応ができる。今後の徹底を期待したい。また、衛生管理面については、就労先毎に重要度や方法が異なると考えられるため、現行に則した就労先別の衛生管理マニュアルの整備が望まれる。</p>		
	3-(1)-② 事故防止のためチェックリスト等があり、事故防止に向けた具体的な取組を行っている。	a・㊦・c
<p><コメント></p> <p>・利用者の安全を脅かす事例集として、ヒヤリハット報告書や、事故報告書等の書類にて確認することができた。また、ヒヤリハット事例集は、月間報告書としてまとめられているし、コンプライアンス便りとして法人内で回覧されている。</p> <p>・法人内や事業所内で発生した、事故事例等の回覧はなされているが、回覧で留まっている状況で、その発生原因の分析にまでは至っていないとのことであった。また、チェック表に関しても現存はするものの、内容が混在しているとのことであった。今後の課題として、事故事例の分析を事業所単位で行うことと、チェック表に記載する際には、カテゴリー別にまとめるなど、工夫していくことを期待したい。</p>		

事業所情報（障害者・児施設）

（平成27年6月15日 現在）

施設名
社会福祉法人 南高愛隣会
わーく・しまばら（就労継続支援B型）

1. 基本情報

郵便番号	855-0045		
所在地	長崎県島原市上の町 536-2		
TEL	0957-73-9925	ホームページ	http://www.airinkai.or.jp
FAX	0957-73-9945	E-mail	w-shimabara@airinkai.or.jp
施設までの利 用交通手段	大手町バス停より徒歩1分 島原駅より徒歩5分		
開設年月	平成18年10月1日	開所時間	8時から17時
敷地面積	44㎡、41㎡	建物面積	44㎡、41㎡
経営主体	社会福祉法人 南高愛隣会	施設長名	石原 治基

2. 職員体制（複数の資格取得している場合は、重複計上してください）

専門職	常勤
施設長	1名（管理者兼サービス管理責任者）
事務員	1名
生活支援員・職業指 導員	7名

3. 施設の理念・方針

理念	障がいがあっても立派な人間に 生かされた人間でなく自ら生きる人間に
方針	普通の場所で 普通の暮らしを
	第8次整備5カ年計画「幸せを実感できるようなサービスの提供を」
	2015年度「社会人としての基礎をもう一度見直そう」

4. サービス内容

対象地域	島原市、南島原市
対象年齢	18歳以上の方
定員	20名

サービス名	備考
健康管理	朝のミーティングにてGHや自宅からの申し送りを確認する。 利用者が出勤した際に、健康状態の確認を行う。
食事	味彩花の弁当を提供している（食事提供加算あり）。 利用者に応じて、きざみ食やお茶漬けなどの配慮を行う。
休日	日曜日
地域との交流	地域のイベントや特別支援学校のイベントなどに、カレーの出店をするなど依頼に対して協力している。
保護者会活動	毎月、第2日曜日が育成会。制度に関する勉強会や奉仕活動、レクリエーションなどを共催している。

5. 事業所から利用者（希望者）の皆様へ

<p>障がい者が自立した日常生活または社会生活を営むことが出来る様、就労の機会を提供するとともに、生産活動その他の活動の機会の提供を通じて、その知識及び能力の向上のために必要な訓練、その他の便宜を適切かつ効果的に行います。</p>

6. 施設の公開、実習生、ボランティアの受入について

施設の公開・見学	実習生の受入	ボランティアの受入
施設見学については、年度末を除きいつでも可能。（状況によっては年度末も対応します）	6月、9月に特別支援学校より体験実習を受け入れている。また、法人内外を問わず依頼があれば受け入れを行っている。	ボランティアの受け入れは殆どない。