

福祉サービス第三者評価結果

① 第三者評価機関名

有限会社 保健情報サービス

② 施設の情報

名称：ワークサポート敬仁会館	種別：就労移行支援 就労継続支援 B 型事業所
代表者氏名：施設長 岡本登志夫	定員（利用人数）： 6 名（就労移行） 54 名（就労継続 B 型）
所在地： 鳥取県倉吉市山根 5 5—3 9	
TEL：0 8 5 8-2 6-0 4 8 0	ホームページ：https://www.med-wel.jp/kaikan/
【施設の概要】	
開設年月日 平成 24 年 3 月 1 日	
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 敬仁会 理事長 藤井 啓子	
職員数	常勤職員： 1 4 名 非常勤職員 2 名
専門職員	サービス管理責任者 2 名
	職業指導員・生活支援員 1 0 名
	就労支援員 1 名
施設・設備の概要	（居室数）
	（設備等） 相談室、医務室、食堂、作業訓練室、休憩室、ロッカールーム等

③ 理念・基本方針

施設理念 ①利用者ひとりひとりの人権を尊重し、権利擁護に取り組みます。
②利用者ひとりひとりの豊かな生活を実現します。

テーマ 『ともに働き、ともに生きる施設づくり』

施設方針

- ・利用者の人権とプライバシーを尊重し、合理的配慮に基づいた「利用者本位」「自己決定」「自己責任」をモットーとして、安全で専門性のある良質なサービスを提供して、「利用したい。利用させたい。」と顧客から信頼される施設運営を行う。
- ・利用者がその人らしく生きるために、「すまい」「いきがい」「ささえあい」の3つの視点から、利用者の生活を支援する多種多様なサービスを提供する。
- ・利用者の障がい特性に配慮し、意思決定を尊重し、ひとりひとりが施設、地域で自分らしい自立した生活が送れるよう社会生活に必要な支援を行い、生活する喜びを味わえる合える支援を行う。また各種の就労支援・作業訓練を通じて働く喜びを体得し、責任感を育てることで、仕事への意識を高め、一般就労の実現と地域生活の継続へつなげていく。
- ・利用者の利用稼働目標を設定し、安定した利用者の確保により経営基盤の安定による健全経営を目指す。

④ 施設の特徴的な取組

【今年度の重点取り組み事項】

1. 「生きがい」と「働きがい」を感じる生活、就労環境の充実に取り組みます。
 - ①利用者が自らの生活や仕事に満足し、楽しみや働く喜びを感じ、その人らしく生活できる為に「すまい」「いきがい」「ささえあい」の視点を基に生活、就労環境の充実に取り組む。
 - ②就労系作業種目の安定に取り組み、賃金体系の見直しを行い、工賃アップにつながる各作業の充実拡大を図ると共に、一般就労、施設内就労（企業内就労）、法人内施設業務など、利用者の状況に応じた多様な働き方を準備し「就労の場」の整備を行う。また、一般就労後の生活及び職場定着支援のためのフォローアップ事業に取り組む。
 - ③相談支援事業所の機能強化など地域生活を支える支援に取り組む。
 - ④生活困窮者支援における社会的な自立に向けた就労訓練事業の「中間的就労」に取り組む。
2. 地域に開かれた施設を目指し、経営の安定と施設機能の強化に取り組めます。
 - ①顧客から信頼される為、情報公開に取り組み、外部の第三者の視点を受入れ、第三者サービス評価事業等の受審を行う。また、事故ヒヤリハット活動の充実と苦情解決、顧客満足度調査の実施と結果の公表に取り組む。
 - ②障がい者の「重度化、高齢化」や「親なき後」を見据えた視点に立ち、地域において求められているニーズ等に対応するため、在宅支援サービスを中心とした機能の充実強化に取り組む。
3. 安心、安全、専門性の高い良質なサービスを提供するため「知識」「技術」「実践力」を身につけます。
 - ①障がい者の権利擁護に取り組み、虐待防止、各種事故を未然に防ぎ、また、事故後の対策の徹底を図る為に、リスクマネジメントシステムの充実に取り組む。
 - ②職員の人材育成に取り組み、研修会への参加とPDCAサイクルを利用したOJT活動を通じた指導により、職員のスキルアップと良質なサービスの提供を目指す。
 - ③3障がい者の利用、自閉症等の発達障がい者の利用など多様な利用者へ、専門性の高い支援の提供を図る。就労部門職員の専門性の向上を図る。
 - ④職員の心の健康維持に取り組み、働きやすい職場環境の充実に取り組む。

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成27年12月29日（契約日） ～ 平成28年 4月18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

- ・施設の理念や基本方針が、組織的な福祉サービスに対する考え方として職員に認識され、利用者、家族が「生きがい」と「働きがい」を感じる生活、就労環境の充実に向けた事業が積極的に展開されている。
- ・ISO9001も取得され、品質マネジメントシステムの向上が図られている。
- ・今年度は特に『経営的視点をもった、理念に沿う効果的な運営』について、職員の意識改革が取り組まれた。理解しやすい稼働率や収支等経営研修や、効果と課題等の毎月提出などを通し実践的な取り組みがなされている。職員の視野が広がり、事業認識にも変化が現れている。
- ・法人のネットワークシステムにより、各事業所の事業運営や課題提出が毎月実施されている。法人全体の把握がなされ、組織本部と直結したフィードバックがなされ、課題の分析・解決の早期対応がされている。
- ・事業のアイデアと有効性等、職員アンケートを事業に展開することにより、職員の意識・意欲増進等を図っている。
- ・利用者が明るく、それぞれの役割を意欲的に取り組んでいる。絵カードなどの分かりやすい表示が随所に見られ、利用者が主体的に活動できるよう積極的な取り組みがみられる。利用者等アンケートでも相談、傾聴など、職員に対する信頼感が感じられた。
- ・就労系作業種目の安定に取り組み、賃金体系の見直しを行い工賃アップにつながる各作業の充実拡大を目指されている。
- ・前回第三者評価受審時に指摘のあった施設内の臭気についても改善されおり、第三者評価受審による自己評価を職員同士が生かし、組織的に見直し改善に結び付けられている。

◇改善を求められる点

- ・ご利用者への事業説明について、理解しにくい状況にあり、ルビ付きの事業計画を掲示するなど対応を模索中である。
利用者にとって、「生きる楽しい目的」を具体的なイメージとして共に共有することで、事業理解に発展することに期待したい。
- ・利用者の休憩場所が不足しており、食後好きな場所で落ち着いて過ごす場が少ない。晴天はテラスを利用できるが、冬季・雨の日は無い。仕切りを利用した空間を複数もつなど工夫に期待したい。

⑦ 第三者評価結果に対する施設のコメント

個別支援計画について個々のニーズを踏まえた具体的な目標を立てることで、ひとりひとりの生活意欲・就労意欲の向上に取り組んでいきたいと考えます。
ご利用者が安心してサービスを利用していただけるような、環境設定の充実にも取り組んでいきます。

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。

第三評価結果（就労移行支援、就労継続 B 型事業所）

共通評価基準（45 項目）

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
<p><コメント></p> <p>法人理念に基づき、施設理念・施設方針を作成し、広報誌・パンフレット・ホームページに記載されている。各年度の事業計画における「重点項目」として各事業としての基本的な姿勢も明示されている。</p> <p>職員への周知は、年度初めの全体会で資料配布の上、説明されており、週 1 回、職員朝礼にて運営方針を唱和もされる。職員採用時に新人職員全員に、昭和 33 年法人開設からの歴史、理念、基本方針を理事長が自ら話し、法人としての社会的意義を伝えられている。勤務時間のまちまちな職員のために、研修等については複数回持つようにし、周知徹底の努力をされている。</p> <p>家族への周知は、毎年家族会の総会の折に説明されています。また、広報誌に掲載し家族や地域へ理念、基本方針を表明されている。</p> <p>利用者への周知は、朝会に於いて説明されたり、ルビ付きの文章を施設内に掲示されている。</p>		

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
<p><コメント></p> <p>外部メディア、上部団体（関係施設団体等）への参加、福祉新聞などからの情報で社会福祉事業全体の把握に努められている。また、その動向を基に事業の将来展望について独自のグランドデザインを作成されている。</p> <p>地域の福祉ニーズについても、各方面（自立支援協議会・ネットワーク会議等）からの情報収集に努められている。</p> <p>事業経営の安定を図る為、毎月、係会議・課会議・運営会議で利用率、稼働率、収支状況の分析が行われている。現在は 90%以上の利用率があり、安定している。また、職員アンケートを行い、職員の意見等も集約し事業に反映させている。</p>		

3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	a
<p><コメント></p> <p>経営状況や経営上の課題について法人内の施設長会、役員会で経営分析が行われている。施設の経営状況についても毎月収支状況の分析し、予算執行状況や利用者状況等について運営会議で報告検討されている。その結果の報告も3ヶ月に1回の全体会議にて行われ、職員全体で共有化されている。</p> <p>作業の受託内容については、経済のあおりを大きく受ける為、日経新聞等で経済情報を早期につかむ努力をされおり、法人全体として共同受注することにより、収支の安定化を図ることも行われている（それぞれの施設に合う内容を分業する事業展開）。</p> <p>それぞれの事業で収支向上に関する意識、意欲の変化に繋がっている。人材育成として利用者支援面だけではなく、マネジメント面についても職員の意識変化が見られるようになってきている。</p>		

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。	a
<p><コメント></p> <p>理念や基本方針に基づき、5年（平成26年～30年）を単位とする中長期計画を策定されており、毎年、前年度の達成状況を確認しながら見直しが行われている。</p> <p>長期、中期、短期的計画がA3用紙にまとめられ、利用者サービス、施設整備、施設管理、サービス向上、事故災害防止、職員管理、経営管理、地域貢献、就労訓練等、全職員が法人の全体像や施設の方向性を把握しやすいものとなっている。</p>		
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。	a
<p><コメント></p> <p>中・長期計画の内容を単年の事業計画に反映し、具体的に目標が示されている。課題・問題が発生した時には、施設の基本方針・事業計画に反映させ、見直しが行われる。また、単年度計画は、社会福祉情勢の変化に伴い地域貢献も検討され、各部門ごとに事業設定を持ち寄り策定され、半年に1度見直しが行われている。</p>		
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。	a
<p><コメント></p> <p>毎年12月に業務に関するアイデア→効果・有効性→検討機関等の職員アンケートを実施し、その情報を含めて事業計画の策案が行われている。職員の意識や意欲の増進につながっている。内容について3月の全体会議にて伝達している。</p> <p>事業計画を基に各部門、各部署にて目標設定（目標管理票の作成）し、定められた手順（品質方針・品質目標管理手順）に沿って、進捗状況の確認と評価が実施されている。</p>		

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。	b
<p><コメント></p> <p>家族に対しては5月の家族会の総会にて事業計画を説明された。利用者に対しては、各エリアにルビ付きの事業計画が掲示されている。</p> <p>利用者に個々への説明を行うが、理解しにくい利用者もあり、対応を模索中である。このこともあり、例年利用者全体の説明会を持っているが今年度は未実施となっている。</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。		
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
<p><コメント></p> <p>内部サービス評価の仕組みを活用して定期的な評価と見直しの体制を整えている。また、ISO9001を取得し、PDCAサイクルに従い円滑に進めている。</p> <p>年1回自己評価を行い第三者評価を受審しサービス向上につながられている。</p> <p>サービス向上の情報交換として、法人内施設間で研究発表会を実施されている。(東京、米子、倉吉) 情報交換により、効果的な内容を早期に導入している。また、就労連携委員会でも情報共有されている。</p>		
9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り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
<p><コメント></p> <p>サービス内部評価に基づく改善計画の実施と定期的な評価・見直しがサービス評価委員会を中心に行われている。</p> <p>計画等は課会議・各エリア会議等で話し合われ結果については会議録にて職員全体に周知が図られている。</p>		

評価対象Ⅱ 施設の運営管理

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
<p><コメント></p> <p>施設長が3月の職員全体会議で方針や取り組みについて説明し、施設長自らの役割と責任についても表明されており、職員に対しても理解を促されている。</p> <p>家族や地域に対しては、3ヶ月に1回発行の広報誌の中でも方針や取り組みを掲載されている。</p>		

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
<p><コメント></p> <p>施設長は法人のリスクマネジメント委員会にも参加されており、遵守すべき法令等を認識しており、法人の法令遵守部会での取り組み（研修他）が施設でも実施されている。</p> <p>虐待防止については虐待防止委員会を中心に取り組まれている。障害の内容によっては職員へのストレスにつながるケースもあるため、特別な支援が必要な障がいの対応についての研修も行われている。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>施設長は、先頭に立ち、サービスの質の向上についての取り組みとしてISO内部監査・外部監査等で課題を把握し、改善する仕組みに取り組まれている。</p> <p>職員に対し、資格取得、外部・内部研修に参加、教育研修の充実を図ることにより、サービスの質の向上に努められている。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>施設長は、毎月の運営会議にて経営や状況について報告を受け、分析を行っており、その結果について会議後に全職員に周知されている。</p> <p>サービス評価内の、自己評価結果についての改善策を計画し、職員会議で周知し取り組まれている。</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。		
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
<p><コメント></p> <p>必要な人材や有資格者は本部にて管理されており、必要な人材の確保や要望について法人の予算ヒヤリングの際に法人へ要望し、サービス提供に関わる専門職の確保に努められている。サービス管理責任者等、事業運営に必要な専門職等の人材の確保に努められている。法人全体で、法令配置基準ではなく、法人配置基準以上の人員配置に取り組まれている。</p> <p>福祉分野未経験者の採用が増加する中、法人事業の意味を理事長から伝えるなど努力されているが、福祉人材の確保と育成には苦慮されている。</p>		

15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a
<p><コメント></p> <p>法人で人事制度が整理され、職務に於ける役割や教育制度などの定義が明確化されている。</p> <p>目標管理手順を基に、職務基準書等を活用し、年3回の面談を行い、フィードバックも行われている。</p> <p>職員も納得出来る人事考課（1次～4次考課）がうまく機能している。</p>		
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。	a
<p><コメント></p> <p>前年度、就労形態に関するアンケートの実施や例年、身上報告書で本人の希望の把握が行われている。</p> <p>安全衛生委員会による労働環境の確認や、職員の健康チェック体制が整備されている。また、疲労度チェック実施により、職員のメンタルヘルスケアにも取り組まれている。</p> <p>勤務表作成についても、職員の希望を聞き反映するなどの仕組みがある。</p> <p>個別の職員面接を年3回実施し、職員の意向の把握に努められている。</p> <p>ワークライフバランスへの配慮があり、福利厚生が充実している。【健康診断、予防接種、育児休業(1年)介護休暇、職員旅行(海外・国内・日帰りなど複数コース及び補助あり)】</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。		
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
<p><コメント></p> <p>期待する職員像も法人で明確化されている。</p> <p>職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が行われており、定期的に上司との面接も行われている。目標面接時に個々の希望や求められる資格を確認し、必要な研修参加を促している。</p> <p>経験年数等により年間計画表に従って、法人の階層別研修、法人内研修が実施されており、介護福祉士の資格取得率は60%以上となっている。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>法人の教育研修委員会で法人の求める職員像を明確にされている。</p> <p>職員の教育・研修は職員研修計画一覧表に基づき実施されており、法人の教育研修委員会からの研修内容に対し、研修参加を促している。研修終了後は、各会議などを通して復命書も用い、伝達研修も行われている。</p> <p>グループホームの世話人についても、年2回研修に参加されている。</p>		

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
<p><コメント></p> <p>階層別研修、職種別研修など一人ひとりに研修の機会が用意されており、外部研修の情報も提供されている。また、伝達研修の実施も行っており、その際に研修自体の評価を行っている。「研修内容要旨」「成果」「研修の効果」を記載した報告書を上司に提出。上司の評価コメントを追記し、復命書を回覧される。</p> <p>新任職員にはOJTの仕組みもある。</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。		
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
<p><コメント></p> <p>実習生受け入れ手順書があり、体制と基本姿勢を整備されている。</p> <p>実習生等を受け入れる場合、実習担当者を配置し、学校側と継続的に連携をとり、実習プログラムを作成し対応されている。</p> <p>中学生の実習の受け入れもある。</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。		
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
<p><コメント></p> <p>法人ホームページに法人理念、基本方針や収支報告、第三者評価結果等が公表・明示されている。</p> <p>苦情や相談の体制については、重要事項説明書に図式化して解説しており、利用者や家族に対して丁寧に説明されている。</p> <p>苦情や相談について、毎月、施設内に掲示されている。（良かったこと、良いご意見についても掲示）</p>		
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
<p><コメント></p> <p>監事監査、内部経理監査が年1回実施されており、適正な経営が行われている。</p> <p>法人本部については、定期的に監査法人によるチェックも実施されている。</p> <p>ISO手順により、事務、経理、取引等がルール化されている。</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
<p><コメント></p> <p>グランドゴルフ大会・祭り等地域の行事に参加し交流を深めている。</p> <p>知らない人との関わりが苦手な利用者（強度行動障害のご利用者等）が多くあり、施設の中での関わりは難しい（こだわりにつながる）が、ひまわり保育園の運動会に参加や消防署へ見学に行くなど交流行事を通して地域との関わりを持つように努められている。</p> <p>施設全体としては広く行われているが、入所施設だけをみると、ご利用者の特性や高齢化等もあり、交流の場が他と比べやや少ないのが現状である。</p> <p>地域の方に向けてあいサポート運動も実施されている。</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
<p><コメント></p> <p>ボランティア受け入れ手順書（説明項目等）があり明文化しており、開始前にはオリエンテーションを実施し、受け入れられる。</p> <p>利用者のクラブ活動や施設行事の際に、ボランティアの参加がある。</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 施設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
<p><コメント></p> <p>利用者向けに、「より良い暮らしのために」という地域の連携できる社会資源をまとめた冊子を、施設内各エリアに配布し提供されている。</p> <p>施設としては各関係機関についてはリスト（電話番号等連絡先が分かるもの）化し、準備されている。緊急対応マニュアルにて医療機関についても、連絡先等が明確になっている。</p> <p>施設周辺についてガイドマップ（各種機関等）や近隣施設（他事業所等）のパンフレットを準備し、必要に応じて情報提供が出来るようファイル化され用意されている。</p> <p>必要に応じて関連機関とケア会議を開催して、支援方法など連携を図ることも行われている。</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 施設が有する機能を地域に還元している。	a
<p><コメント></p> <p>施設としてあいサポート研修やあいサポート運動応援団（昨年度）などの取り組みが行われており、あいサポート研修会へ講師も派遣されている。</p>		

施設の広報誌を山根地区に配布し、施設の特性を知って頂き、相談等も受け入れる。行政と災害時等における要援護者の緊急受入れに関する協定を締結されている。		
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
<p><コメント></p> <p>地域のニーズ把握は難しい中、相談支援センター等との連携により、地域ニーズの把握に努められている。この連携により、地域に閉じこもりの障がい者を多数、B型支援事業所通所につながれている。</p> <p>ショートステイ、日中一時サービスを行い、受入れを行っている。</p> <p>グループホームの設置運営、支援サービス、相談支援事業も実施している。</p> <p>利用希望者の体験・実習等受け入れも行っている。</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。	a
<p><コメント></p> <p>施設方針にも明文化され、倫理綱領や規定に策定されおり、年度当初資料を全職員へ配布されている。また、身体拘束や虐待防止についての取り組みも行われている。</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。	a
<p><コメント></p> <p>法人プライバシー保護等権利擁護について、重要事項説明書にて、利用者、家族にも説明されている。</p> <p>職員は、プライバシー保護、虐待防止に関する人権研修などにも参加、学習し配慮あるサービス提供を心掛けている。</p> <p>排泄におけるプライバシー保護はドア、カーテンで締め切る等、排泄支援手順に従い配慮されている。</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
<p><コメント></p> <p>利用希望者には個別に説明が行われており、見学、体験入所等も希望に応じて行われてい</p>		

<p>る。</p> <p>施設紹介用にパンフレット、紹介映像（DVD）が用意されている。</p>		
31	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更において利用者等にわかりやすく説明している。	a
<p><コメント></p> <p>サービス開始時にはルビ付きの契約書と重要事項説明書を用いて説明されている。</p>		
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。	a
<p><コメント></p> <p>長期入院や施設変更による退所の場合は、施設でのご利用者情報を、移行先へ提供し、本人へのサービス提供に支障が出ないように配慮し対応されている。</p> <p>利用者の相談はフェイスシートなどを利用し、いつでも受け入れている。また、家庭の都合での退所の場合であっても相談できる仕組みを整えている。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
33	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。	a
<p><コメント></p> <p>顧客満足に対する調査アンケートが実施されており、それに基づく改善策も実施されている。食事嗜好調査を行い、希望のメニューを献立に反映されている。</p> <p>週1回困りごと相談室を開設し、利用者が意見を述べる機会を設けている。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>福祉サービス苦情解決処理要領の体制が整備されている。</p> <p>苦情解決委員会があり、また、玄関入り口に、苦情解決の体制を掲示している。</p> <p>「ご意見受付書」や必要に応じて「サービス苦情対応経過書」などを活用し、記録されている。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>毎週1回の困りごと相談室の実施。利用者からの意見は、いつでも職員が聞く体制を取られている。通所の方は連絡ノートも活用して頂き対応されている。</p> <p>必要に応じて改善する内容は、迅速に施設長へ報告され対応される。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>利用者からの相談や意見を受けた際の対応マニュアルが制定されている。また、意見等に基づき福祉サービスの質の向上に関する取り組みが行われている。</p>		

利用者アンケート実施時に利用者の意見を把握されており、意見については即改善、対応するように配慮されている。		
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。		
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
<p><コメント></p> <p>リスクマネジメントに関する責任者が配置されている。</p> <p>事故発生時の対応と安全確保についての手順（緊急時対応マニュアル）が策定されている。また、事故対策委員会が設定されており、ヒヤリハット週間など事故防止に向けた取り組みも行われている。</p> <p>事故発生の時間帯やその時の職員スキル、職員体制等、その事故ヒヤリハット分析を行い改善につなげられている。</p> <p>発生したヒヤリハット及び事故ヒヤリハット報告書の内容や傾向について、1か月ごとに委員会や運営会議でも評価されている。</p>		
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。	a
<p><コメント></p> <p>感染対策に対して責任と役割を明確にした管理体制、マニュアルが整備されており、予防や安全確保に関する勉強会等も開催されている。</p> <p>感染対策フローチャートあり。感染対策委員会を配置し、感染を未然に防ぐ取組みとして、1日3回消毒実施。手洗いチェッカーの実施、食中毒理解についての研修を実施されている。手洗い手順について、各手洗い場に方法を明記されている。</p> <p>法人内で発生した感染症は、法人ネットワーク内で共有し、要注意喚起を促している。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>防災マニュアル、消防計画、土砂災害マニュアルが用意されている。</p> <p>近隣火災については、近隣施設との合同訓練（山根エリア3施設）を実施されている。夜間火災の場合、3施設勤務の約20名が協力体制を取り対応する体制が取られる。</p> <p>備蓄品リストも整備されている。</p> <p>災害時の訓練は年2回行われるが、同じ時間帯に発生した想定での訓練（入所は夜間想定で通所は日中想定）では無い為、他の課との協力体制については、今後の課題として継続して取り組まれる。</p>		

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

<p><コメント></p> <p>福祉サービスに関する標準的な実施方法は、ISO導入によりマニュアル化されている。</p> <p>入浴支援・食事支援等はOJTの仕組みがあり、職員は進捗のチェックリストにより確認を行っている。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>ISOに従い、マニュアル類は年1回以上見直しが行われている。制度等の変更があれば随時見直しが行われる。</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。		
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
<p><コメント></p> <p>アセスメントから計画策定、実施、評価、見直しと一連のプロセスを、サービス管理責任者が行っている。本人・家族の意向を確認し、支援員・看護師・栄養士等の専門職からもアドバイスを受け、作成されている。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>個別支援計画の見直しに関して、手順が策定されており、3ヶ月に1回ミニカンファレンス、6ヶ月に1回評価されるなど、適切に評価、見直しが行われている。急変時等、計画を緊急に変更する際の手順も定められおり、個別支援計画作成・変更手順に沿って実施される。</p> <p>定期的な見直し、カンファレンスも実施されている。</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。		
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
<p><コメント></p> <p>組織が定めたルール（記録形式DAR等）及び統一した記録様式があり、それに基づき記録が行われる。また、知識の共有化を図るため、記録の研修も実施されている。情報の引継ぎは紙面での申し送りが実施される。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>記録の保管、保存、廃棄については、品質記録リストに明記されている。</p> <p>法人の定めるプライバシー保護管理マニュアルに従い、重要事項説明書の中に個人情報の取り扱いが明示されており、利用者・家族にも説明されている。</p>		

コンプライアンス研修にて、利用者記録の管理体制については伝達される。
個人情報には鍵の掛かるところに保管されている。

内容評価基準（24項目）

A-1 利用者の尊重

		第三者評価結果
A-1-(1) 利用者の尊重		
A①	A-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
<p><コメント></p> <p>聴覚に障害のある利用者に対して、筆記や手話を使用してコミュニケーションを図っている。また、専門機関との面談をする機会を設けるなど支援計画にも挙げてその人の意思や希望の理解に努めている。</p> <p>コミュニケーション機器の情報を伝えるなども行われており、少しでも意思の疎通が図れるようにするため、簡単な手話を職場の朝会で行っている</p>		
A②	A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	b
<p><コメント></p> <p>「なかまの会」という利用者が集まるための会がある。担当職員を決め、利用者が自発的に役割が果たせるよう支援されている。（誕生会の司会進行など）昨年は、奉仕活動や募金活動等希望を募り行っていたが、今年度は実施されていない。</p> <p>スポーツを通して他施設の利用者と交流を図れる機会も設けられている。（球技大会・手をつなぐ育成会・スペシャルオリンピックなど）</p>		
A③	A-1-(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。	a
<p><コメント></p> <p>利用者本人が自力で作業が行えるようそれぞれに合った働き方（ペースや頻度）で支援されている。本人の能力に合わせて色々な作業が出来る体制も取っており、本人・家族と相談しながら実施されている。</p> <p>就労移行支援の場面では、その人の働き方等について、月2回移行支援についての評価面談が実施されており、個別支援計画により利用者の状況については確認を行いながら支援されている。</p>		
A④	A-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
<p><コメント></p> <p>アセスメントにより利用者本人が出来る事や障がいの特性に合わせた作業の提供が行われている。</p>		

B型利用中、就労意欲が高まり就労可能な状況になった場合、就労移行へ切り替える仕組みもある。一般就労へ向けて、事業所の見学やハローワーク等社会資源の活用などの情報や体験等を提供している。

A-2 日常生活支援

A-2-(1) 食事		
A⑤	A-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
<p><コメント></p> <p>それぞれ必要に応じて、特別食（糖尿病食、減塩食等、アレルギー除去食）や食事形態（刻み食等）に注意しながら、個別支援計画書に食事形態を明記し提供されている。利用者の体調や身体状況によっても変更可能となっている。</p>		
A⑥	A-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
<p><コメント></p> <p>年1回の嗜好調査を行い、10日ごとにメニュー表を提示される。ご飯、汁については温かい物を提供されている。利用者の状況により、食卓の調味料についてはテーブルに設置していないが、希望があれば提供可能である。</p> <p>食堂は利用者の意思で、自由な場所で食べられる。行事食やバイキングにおいては、容器等を替えたり、希望メニューを取り入れたくさんのメニューを提供されている。普段弁当持参の利用者も行事食やバイキングの日に前もって注文が出来るようになっている。</p>		
A⑦	A-2-(1)-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	a
<p><コメント></p> <p>食事時間はハード面での制限があるため、それぞれが好む時間で食べられるという訳にはいかないが、個人の理由（食べるのに時間がかかる・遅れてこられる場合、障害の特性上の配慮：精神障害等）配慮の必要な利用者への食事環境の配慮も行われている。</p>		
A-2-(2) 入浴		
A⑧	A-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。	該当無し
<p><コメント></p>		
A⑨	A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	該当無し
<p><コメント></p>		
A⑩	A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	該当無し
<p><コメント></p>		
A-2-(3) 排泄		
A⑪	A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	a
<p><コメント></p> <p>ストマ使用の利用者もおられ、施設内での交換はないが、家族から対応方法について説明を受け確認されており、対応可能となっている。家族とは連絡ノートにて情報の確認をして</p>		

<p>いる。</p> <p>排泄介助が必要な利用者の場合には、個別支援計画に挙げ、対応される。</p>		
A⑫	A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	a
<p><コメント></p> <p>施設自体の老朽化に伴い環境面で課題は多少あるが、利用者と共に、当番で毎日清掃及び換気が行われている。汚れている場合には、随時清掃等の対応が取られている。</p>		
A-2-(4) 衣類		
A⑬	A-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。	該当無し
<p><コメント></p>		
A⑭	A-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
<p><コメント></p> <p>衣類交換は作業で汚れたり、季節によって汗をかいた時等に、本人が持参した着替えて着替えてもらっている。突発的な出来事で交換が必要な場合は、施設の衣類の貸し出しも可能となっている。</p> <p>就労移行に関しては、会社面接他その場にあった服装の助言も行われている。</p>		
A-2-(5) 理容・美容		
A⑮	A-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。	該当無し
<p><コメント></p>		
A⑯	A-2-(5)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。	該当無し
<p><コメント></p>		
A-2-(6) 睡眠		
A⑰	A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	該当無し
<p><コメント></p>		
A-2-(7) 健康管理		
A⑱	A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	a
<p><コメント></p> <p>毎日検温を実施し、毎月体重測定、血圧測定を実施し、カンファレンス時に内容については報告される。健康状態について気になる場合は看護師、栄養士等と検討し、状況に応じて本人、家族へ説明している。</p> <p>感染症やインフルエンザ等予防の為、利用者、家族へ文書にて説明が行われている。健康維持の為、毎日ラジオ体操を実施している。年に1回は歯科衛生士による歯磨き指導や手洗いチェッカーによる手洗い指導も実施されてる。</p>		
A⑲	A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a
<p><コメント></p> <p>緊急時対応マニュアルがあり、緊急急変時処置手順がある。協力病院があり緊急時の場合、看護師の指示を仰ぎ対応ができる。</p> <p>体調不良時などには、家族及びグループホーム職員等へ連絡し連携を取りながら、スムー</p>		

スに対応されている。		
A ⑳	A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	a
<p><コメント></p> <p>薬物の管理は与薬手順に沿って服薬支援を行っている。また、個々の薬の情報は家族より提示され、ケースに保存している。当日持参される場合は、朝受け取り、飲用の確認をした後、薬の袋を家族へ返却するようにされている。誤薬対応のマニュアルも用意されている。</p>		
A-2-(8) 余暇・レクリエーション		
A ㉑	A-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。	b
<p><コメント></p> <p>アンケートを通じて希望を取り行っているが、利用者だけの計画、立案が難しく、職員が利用者の希望を確かめながら計画立案するようになってしまう。</p> <p>利用者の障がいの特性もあり、外部からの協力者（ボランティア）については難しく、申し入れもないのが現状である。</p>		
A-2-(9) 外出、外泊		
A ㉒	A-2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	a
<p><コメント></p> <p>基本的に外出規制はないが、作業時間内（休憩中含む）に外出（通院等）する場合は、担当者に伝えてから外出することとなっている。</p>		
A ㉓	A-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。	該当無し
<p><コメント></p>		
A-2-(10) 所持金・預かり金の管理等		
A ㉔	A-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。	該当無し
<p><コメント></p>		
A ㉕	A-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。	該当無し
<p><コメント></p>		
A ㉖	A-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
<p><コメント></p> <p>喫煙は、所定の場所で喫煙し、吸わない人と分煙となっている。個別に喫煙が健康上害になることについて都度説明されている。</p> <p>飲酒は施設内は禁止である。一泊旅行等で本人希望あれば飲酒可能となっている。</p>		

A-3 就労

A ㉗	A-3-(1)-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。	a
<p><コメント></p>		

<p>本人の強みを生かす作業支援をすることで、働く意欲につないでいる。また、作業の種類が多くあることで、本人の出来る事が増え、工賃へ反映させるシステムがある。</p> <p>清掃作業においては勤務表の作成により、シフトを共有することで役割意識が持たせられている。頼られることでの働き甲斐や安定して作業することにより、工賃が上がり仕事への生きがいに繋がる。また、清掃作業に参加することにより、清掃先で感謝の言葉を聞くことが出来る等、意欲増進に繋がる支援をされている。</p> <p>受託作業で生産したものが店頭に出ているのを見たり、「ワクさぼ通信」で紹介することで利用者のモチベーションを上げている。</p>		
A ㉘	A-3-(1)-㉘ 働くうえで、利用者一人ひとりが十分に力を発揮することができるよう支援を行っている。	a
<p><コメント></p> <p>ISO 手順書に沿い、能力や本人の希望に合わせた働く場を決定している。</p> <p>計画の見直しの変更、外部の機関、職場の実習等で力が発揮できる支援を行っている。</p> <p>本人に合った作業を提案し、作業のやり易い環境や支援方法について組織的に話し合っている。</p>		
A ㉙	A-3-(1)-㉙ 工賃等のしくみについて、利用者に公表し、分かりやすく説明している。	a
<p><コメント></p> <p>工賃基準は利用開始時に説明し、変更の場合は、本人並びに家族へ連絡されている。</p> <p>工賃支払日には、利用者と担当者で作業の状況を評価し、内容を伝え理解を得るようにされている。</p>		
A ㉚	A-3-(1)-㉚ 受注先の開拓を行い、安定した作業の機会を確保できるように工夫している。	a
<p><コメント></p> <p>安定した作業内容を確保する為、作業担当責任者を中心に業者へのアプローチや企業訪問を行っている。また、新規業者からの提案については、商談レポート等の報告、会議にて検討されている。</p>		
A ㉛	A-3-(1)-㉛ 商品開発、販路拡大、設備投資等、工賃アップの取組を行っている。	a
<p><コメント></p> <p>会議で各作業部署の取り組みや利用者の状況を報告されている。収入の確保が利用者の工賃アップに繋がる事を認識し、職員同士事業の効果的な展開について検討されている。</p> <p>新規作業内容の提案は、積極的に受け入れを行なっている。</p> <p>工賃アップを目標に販路拡大及び拡充への取り組みを行われている。</p> <p>継続的に加算を受けられるよう、達成目標を設定し取り組まれている。</p>		