

## 福祉サービス第三評価結果の公表様式〔障害者・児福祉サービス〕

### ①第三者評価機関名

一般社団法人静岡県社会福祉士会

### ②施設・事業所情報

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| 名称：みのり                      | 種別：就労継続支援B型  |
| 代表者氏名：井上裕一                  | 定員（利用人数）： 60名  |
| 所在地：浜松市天竜区渡ヶ島6-2            |  |
| TEL：053-583-1191            | ホームページ：<br><a href="https://www.tenryu-kohseikai.or.jp/">https://www.tenryu-kohseikai.or.jp/</a> |
| 【施設・事業所の概要】                 |  |
| 開設年月日：平成10年1月1日             |  |
| 経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人天竜厚生会 |  |
| 職員数                         | 常勤職員： 15名 非常勤職員 1名   |
| 専門職員                        | （サービス管理責任者） 1名 （目標工賃達成指導員） 2名  |
|                             | （職業指導員） 4名   |
|                             | （生活支援員） 5名   |
| 施設・設備<br>の概要                | （居室数）  |
|                             | ※通所事業のためなし   |
|                             | （設備等）<br>作業室・相談室・洗面所・男子、女子トイレ・多目的室・食堂・医務室・更衣室  |

### ③理念・基本方針

法人基本理念：

九十九匹はみな帰りたいけど、まだ帰らぬ一匹の行方訪ねん

事業所基本方針：

ご利用者が自立した日常生活又は社会生活を営むことが出来るよう、就労の機会を提供するとともに、生産活動その他の活動を通じて、その知識及び能力の向上のために必要な訓練を効果的に行う。

### ④施設・事業所の特徴的な取組

- 1) 法人の中期経営計画第7期（2022～2024）を実現するために、みのりとして取り組む具体的施策（3カ年計画）を掲げ、職種ごとに年度ごと具体的な取り組みを策定し、達成状況を確認している。特に今年度は「品質」をテーマに研修を開催し、品質管理への意識を高める取り組みを行っている。
- 2) クリーニング事業だけでなく、清掃、環境整備、オリーブ栽培、縫製を行い、ご利用者に合わせた作業が提供できるように取り組みを行っている。  
オリーブ栽培に関しては、六次産業化を目指し、地域の高校や和菓子屋に協力を得な

がら商品開発を行っている。

3) 看護師をリーダーとして生活技能訓練 (SST) を取り入れ、あいさつ等を通じて他者との関係を理解出来るよう支援する。

4) 全体懇談会や作業別懇談会を隔月で実施し、ご利用者の意見を聞く環境を整えている。

#### ⑤ 第三者評価の受審状況

|               |                                       |
|---------------|---------------------------------------|
| 評価実施期間        | 令和5年6月29日(契約日)～<br>令和6年3月26日(評価結果確定日) |
| 受審回数(前回の受審時期) | 1回(2016年度)                            |

#### ⑥ 総評

##### ◇特に評価の高い点

皆勤手当や交通費、年末年始手当の支給を行ったり、新たな作業の開拓や天竜高校との商品開発を行ったりすることで、利用者の就労意欲の向上とともに工賃の向上にもつながっています。利用者一人当たりの平均工賃は、県が示す平均工賃の2倍以上が支給されています。

利用者と契約を結ぶ際、重要事項説明書だけでなく、簡易版重要事項説明書(みのりに通うために)が作成され、分かりやすく丁寧に説明されています。

利用者アンケートや作業別懇談会、全体懇談会、担当職員と利用者との毎月の話し合いなど、利用者の意見を聞く機会や目標の確認を行う機会を設け、課題解決を図る取り組みを積極的に行っています。

##### ◇改善を求められる点

意思決定が困難な利用者への配慮についてはルール化されることが必要です。

作業に関しては作業標準書を作成した上での支援が実施され、就労意欲の向上にもつながっていますが、利用者人数に対して休憩室が狭く、また他の利用者に影響を及ぼすような場合に一時的に利用出来る空間の整備が不足しています。

#### ⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回の受審で当事業所が提供しているサービスの質及び取組について、客観的な視点から知ることが出来る良い機会となり、新たな課題の把握及び気づきを得ることが出来ました。

今回の評価結果を踏まえ、課題について改善できるよう職員一丸となり取り組んでいくとともに、更なるご利用者の工賃向上が実現できるよう努めてまいります。

#### 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。

## 第三者評価結果〔障害者・児福祉サービス〕

※すべての評価細目について、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。

a 評価…よりよい福祉サービスの水準・状態、質の向上を目指す際に目安とする状態

b 評価…aに至らない状況、多くの施設・事業所の状態、「a」に向けた取組みの余地がある状態

c 評価…b以上の取組みとなることを期待する状態

※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。

### 障害者・児福祉サービス版共通評価基準

#### 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>&lt;コメント&gt;</p> <p>基本理念や方針は法人事業計画の他、広報誌「あかまつ」、法人HPにも記載されています。また基本方針が中長期計画に落とし込まれ、そこから事業所の具体的施策、各職種の具体的な取り組みに落とし込まれています。職員への周知に関しては、事業計画書及び携帯用の小冊子に落とし込まれている他、「私たちの法人天竜厚生会」（人材育成必携）の冊子を活用し、毎年11月に職員への周知研修を実施しています。利用者、家族への周知は、書面の配付説明の他、事業所にルビ付きの書面を掲示することで周知しています。</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・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業経営に関して、経営に関することは法人経営企画課を中心に把握・分析を行っています。また、地域の福祉ニーズ等や福祉計画の策定同行、社会福祉事業全体の動向については、事業部を中心とした運営会議において情報の共有・課題の共有等を行っています。月次経営成績表にて福祉サービスのコスト分析や福祉サービス利用者の推移、利用率等の分析を行っています。</p> |   |         |
| 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>&lt;コメント&gt;</p> <p>経営環境・経営状況の把握・分析は法人経営企画課が担っており、毎月経営成績表という形で役員にも報告されています。毎月実施している経営戦略会議の中でも周知・共有がなされています。職員への経営状況の周知については、必要に応じ職員会議内で管理者から伝えて</p>   |   |         |

います。経営課題の解決としては法人全体で中期経営計画の中で具体的に示し、それを各事業所が具体的取り組みとして落とし込みながら取り組んでいます。

### 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・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人基本理念を実現するため「取り組むべき4つの基本領域」に基づき法人全体で中期経営目標（3ヶ年）を策定しています。2022～2024年までの第7期計画では特に「人材に関すること、経営管理に関すること」の2点を重点取り組み目標として、それぞれの事業所が3ヶ年計画で具体的な行動計画を策定しています。その他資金計画として「長期利益・資金・積み立て計画（40年）」「施設・設備投資計画（40年）」「投資支出計画（10年）」が策定されています。</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・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>中期経営計画をもとに単年度の事業所の具体的取り組みが策定されています。事業計画には事業内容や人材育成、新規事業、投資に関すること等の項目が盛り込まれています。またISOのPDCAサイクルの取り組みを用いて計画達成に努めています。事業所の具体的取り組みの達成状況、成果確認は半期ごとに個人評価を実施し、集計したものを統括表として集計しパフォーマンスレポート報告会で経営層に報告しています。</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・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>昨年度末に実施した虐待セルフチェックリストで把握した職員の意見に基づき、業務分担の見直しを行っています。10月職員会議にて半期の振り返りが実施され改善点を洗い出していますが、評価の時期は定められていません。実施状況について、中期経営計画に基づく単年度の取り組み状況は半期ごとの評価で、研修受講などについては有資格者一覧表にて管理を行っています。</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。                 | a・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者への周知については懇談会にて説明し、要約版を掲示しています。ご家族には書面を配付しています。</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・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>自己評価については、年1回契約職員も含めた職員に実施しています。その結果を法人の部門全体で評価の集計分析を実施しています。施設においても昨年度と比較し分析した結果を職員会議にて周知しています。第三者評価についても法人内の施設が輪番で受審しており、定期的にチェックがされています。その他 ISO 取り組みとして、全施設ではないが毎年内部監査を実施し法人職員同士での相互チェックがなされています。</p> |  |         |
| 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   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>全職員にて作業担当表の見直しを行っています。自己評価については分析した結果を職員会議にて伝えていきます。課題についての改善策を実施している最中のため、改善結果については評価できていません。</p>   |  |         |

## 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   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画にて管理者の方針、有事における役割等について明記されています。職員会議にて事業所の経営状況を伝達しています。広報誌等にて自らの役割と責任について表明されていません。</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・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>遵守すべき法令等について、様々な分野の研修に参加しています。運営上外せない法令情報は、法人管理職会議、運営会議内でも情報の共有し、周知がされています。</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・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設サービスの質の現状把握について、利用者に対しては年1回の満足度調査にて、職員に対しては自己評価、職員アンケートを実施し、それぞれ集計・分析を行っています。福祉サービスの質の向上について組織内に具体的な体制が構築されていますが、主にサービス管理責任者が行っているため、管理者は積極的に関わっていません。</p> |  |         |

|  |   |       |
|--|---|-------|
| 13   | II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。 | Ⓐ b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>月次経営成績表を通して、人事、労務、財務等を踏まえ分析を行っています。また法人全体として「健康経営」を掲げ、職員の働きやすい環境、職員の健康状況を確認しています。運営状況等の分析については必要に応じ職員会議にて周知しています。</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。 | Ⓐ b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>人材確保や人材育成については主に法人人事課が中心となり、採用、階層別に人材育成を実施しています。運営に必要な資格や研修について、有資格者一覧で管理し、今後の資格取得計画を立案しています。正規職員採用に関しては法人人事課が一括して計画的に実施しています。</p>  |   |         |
| 15   | II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。                         | Ⓐ b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>期待する職員像に関しては、「私たちの法人天竜厚生会」冊子の中で明記しています。人事基準については役割基準書や人事考課制度、キャリアパス制度（ジョブチャレンジ・クラスチェンジ）を導入しています。職員が自ら望んだ部署への異動要望が出せるように、求職者シートを用いて要望を吸い上げる制度もあります。</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組んでいる。        | Ⓐ b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員の就業状況や時間外・年次有給休暇の把握を行い、データ分析などは経営企画課、総務課等が実施しています。有給休暇取得状況が低い職員には声かけをして取得できるように努めています。健康経営の取り組みについて内容を掲示する他喫煙所の配慮も行っています。職員の個別の悩みを相談できる窓口として、法人内に「メンタルヘルス推進室」を設け、個別相談に応じることができる体制を整えています。</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。  |   |         |
| 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 Ⓑ c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>期待する職員像については冊子「私たちの天竜厚生会」内にて明記されています。個別目標については中期経営計画の中の単年度の取り組みとして職種ごとに具体的取り組みを定め取り組んでいます。前期後期の年2回、目標達成度の確認を行っていますが、職員一人ひとりの目標の達成度を確認するための面接は行っていません。</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) b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>期待する職員像については冊子「私たちの天竜厚生会」内にて明記されています。職員研修は、階層別研修を計画・実施し、それぞれの改装に応じて必要な力量を身に着けることができるような研修体系を組んでいます。施設内研修については事業計画書で定め実施をしています。</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) b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員個々の資格取得や力量把握については有資格者一覧確認、管理できるようにしています。新任職員については新規採用者に対して新任職員研修マニュアルをもとに研修を実施しています。施設内研修については事業計画で実施計画をたてるとともに、中期経営計画内でもどのようなテーマを取り上げるのかを明記しています。外部研修については事業計画にあらかじめ記載している他、都度の研修参加については情報を回覧し、研修内容を見て個別に声かけする等参加できるようにしています。</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研修・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>&lt;コメント&gt;</p> <p>実習マニュアル内で実習の目的や基本姿勢等を明文化しています。指導者には福祉サービス課主催の実習説明会を開催し、実習制度の改定等について周知・共有する場を設けています。施設の実習受け入れについては実習機関と連携して受け入れを行っているとともに、養成校の実習においては定期的に話し合いの機会を設け連携を図っています。</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) b・c  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>第三者評価の受審結果、苦情については法人ホームページにて公表している他、苦情については広報誌「あかまつ」でも公表しています。また、ホームページで法人理念や基本方針ビジョンを明示するとともに、年度ごとの経営方針については、年度の最初に発行する広報誌に記載しています。法人広報誌はご利用者、ご家族、職員の他地域や関係団体にも広く配布し、法人活動の理解促進に努めています。</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) b・c  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人全体の職務権限は法人事業計画にて、事業所内の職務権限は業務分掌にて明記していません。経理及び取引に関するルールは法人「経理規程」等にて定めています。外部専門員によ</p>   |  |         |

るものとしては、公認会計士による助言、指導の他、会計監査を実施しています。ISOの取り組みとして内部監査を実施しています。

## 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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人経営方針の「地域」の領域で基本的な考え方を明文化しています。利用者に関わる社会資源等は玄関に掲示や閲覧できるようにし情報提供しています。事業の理解促進のため他の就労継続支援B型と連携し地域の子ども向けに「わくわく体験」を行っています。また県立天竜高等学校に協力していただき販売やオリーブ収穫を行っています。就労事業所のため地域での活動や日常的な活動の支援体制を整えていません。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>マニュアルを整備し対応するとともに、受け入れの際にはオリエンテーションを実施しています。学校教育については、法人全体で福祉教育の対応を実施している他、特別支援学校の実習受け入れを積極的に実施しています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>関係機関連絡先一覧表を作成、掲示し職員間で共有しています。浜松市障がい者自立支援協議会 浜北・天竜エリア連絡会 天竜・龍山地区部会に参画し啓発活動に取り組んでいますが、地域のネットワークの仕組み作りまでには至っていません。</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 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。                  | (a)・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>浜松市障がい者自立支援協議会 浜北・天竜エリア連絡会 天竜・龍山地区部会に参画し、連携・協働・地域のニーズ把握に取り組んでいます。</p>  |   |         |
| 27  | II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。              | (a)・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉教育への職員派遣や地域のイベントでの出店をするとともに、生活困窮者を受け入れる体制を整えています。ホームページにて法人の実践報告や介護の魅力を伝えるYouTube動画で、福祉サービスの提供に関するノウハウや専門的な情報を発信しています。また、近隣の病院・特別支援学校と連携し総合防災訓練の協働や相互連携に努めています。</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・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の尊重について、基本理念等で明記しています。基本姿勢は障がい者関係施設職員支援の心得、みのり版の支援の心得にて文書化しています。利用者尊重や基本的人権への配慮については年1回実施している施設自己評価の他、虐待防止セルフチェックリストを年2回実施し、自らの支援や人権への配慮について振り返りをしています。</p>   |   |         |
| 29  | Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。               | a・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個人情報管理規程、虐待防止マニュアルを整備し、事業計画で虐待防止に関する研修を実施しています。また「障がい者関係施設職員支援の心得」「みのり版の支援の心得」に基づき支援を行っています。相談については相談室にて実施し、プライバシー保護と権利擁護の取り組みについては、利用開始時に重要事項説明書にて説明をしています。</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・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所パンフレットは、特別支援学校や相談支援事業所を中心に配布していますが、ホームページでも閲覧をすることができます。</p> <p>見学希望があれば相談員を中心に個別にて対応し、パンフレットを用い説明しています。見学者情報については毎月の職員会議にて報告しています。</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・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>契約の際には、重要事項説明書の簡易版をもとに説明を行っています。就労支援施設のため意思決定支援が困難な利用者への配慮は、対象者がいないために行っていません。法人の中では意思決定が困難な利用者への配慮についてルール化している施設もあります。</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・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉サービス終了者に対して、「障害福祉サービス等利用契約解除（終了）通知書」に退所後の相談先について明記しています。相談内容によって相談支援事業所に繋げています。他の福祉施設・事業所や地域・家庭への移行にあたり、福祉サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書は定められていません。</p>                 |   |         |

|   |   |         |
|---|---|---------|
| Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。   |   |         |
| 33  | Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。            | (a) b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>定期的な利用者アンケート（満足度調査）が実施されており、利用者から集まった意見を集計分析し、対応できる項目については随時対応しています。また、作業別懇談会は奇数月、全体懇談会は偶数月に実施され、利用者からの意見を聴取する機会を毎月作っています。</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) b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ホームページ上において、法人全体の苦情についてその内容や対応等が公開されています。利用者満足度調査の中で、苦情に類する意見に対しても職員会議内での共有が図られたり、フィードバックを行ったりしながら、対応可能なものについては随時対応し、サービスの質の向上が図られています。</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) b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>重要事項説明書は利用者にもわかりやすく、理解しやすいように、絵や写真を使い、漢字にはルビがふられた「みのりに通うために」といった文書が作成されています。その中で職員以外の人にも連絡できるように説明されています。その文書は利用者に配付され、来客者もいつでも閲覧できるように玄関に設置されています。必要に応じて、面談は事務所にある相談室を利用しています。</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) b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「障がい者関係施設職員支援の心得」の中で、日常的な相談や意見への対応について明記されています。利用者アンケートは毎年実施され、その意見をもとに必要な改善がなされています。近年ではトイレの改善を求める意見に対して、トイレの壁や扉などのリフォームがなされたり、作業別懇談会で意見が出された、工場内のテーブルを小さくすることで移動がスムーズにできるようになったりといった実績があります。</p> |   |         |
| 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) b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人内において、毎年3回リスクマネジメント委員会が開催されています。事故やヒヤリとした事象が発生した場合には、法人内で決められた流れの中で是正処置検討がなされています。毎月行われる職員会議の中でもリスクに関する報告がなされ、発生要因が分析されています。前月に発生したリスクに関する事項についても、職員会議の中で効果の確認が行われています。</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・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>感染症及び食中毒の予防及びまん延防止の為の指針や感染症対策マニュアルが整備されています。感染症予防に関する研修会は毎年実施され、今年度は職員対象にガウンテクニックの研修も実施されています。就労の仕事の1つとしてクリーニングを行っている為、その扱いは病院寝具協会が定める感染対策に基づいて対応しています。</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・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>消防計画及びBCP（事業継続計画）が整備され、防火対策や火災時や地震時、風水害時の対応が明記されています。また、BCPの中では福祉サービスを継続するために必要な具体的な対策や、安否確認の方法が細かく定められています。天竜厚生会総合防災訓練も毎年実施され、2023年度は天竜病院と天竜特別支援学校と一緒に訓練しています。</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・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「ISO教育マニュアル」や「障がい者関係施設職員支援の心得」が利用者支援の標準的な実施方法の指針となっており、採用時にはそれに基づいた職員研修が行われています。「ISO教育マニュアル」に関しては定期的に内部監査を実施しており、標準的な実施方法のチェックがなされています。作業については作業標準書が整備され、利用者のひとりひとりの仕事の進め方や支援方法が明確になっています。</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・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「ISO教育マニュアル」や「障がい者関係施設職員支援の心得」は、見直しや改訂が行われています。作業の手順をまとめた作業標準書は、利用者や職員と話し合いがなされたうえで見直しが行われ、必要に応じて工場内にも明示されています。しかし、それらについて検証や見直しに関する方法が定められた文書や、個別支援計画の内容が反映されているものは確認できません。</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支援計画を適切に策定している。                | a・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画の作成や検証については「ISO教育マニュアル」の中で明記されています。個別支援計画作成やモニタリングはサービス管理責任者が中心となり実施されており、必要に応じて計画相談員やケアマネージャーなどの関係者も含めたモニタリングや支援会議が実施</p>   |   |         |

|   |  |         |
|---|--|---------|
| <p>されています。アセスメントについては、サービス管理責任者が主に行っていますが、他部門からの聞き取りのもとに行っている文書や記録が確認できません。</p>   |  |         |
| 43  | <p>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。</p>                  | (a) b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「ISO教育マニュアル」において、個別支援計画の変更に伴う責任者や目的、対応手順が定められ、それに沿ったモニタリングや見直しが図られています。個別支援計画では、個別にニーズや課題が設定され、それに沿った支援がなされています。月に1回、担当職員と個別目標の確認も行われています。</p>   |  |         |
| <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。</p>   |  |         |
| 44  | <p>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、職員間で共有化されている。</p> | (a) b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>記録システム「クレヨン」を使用し、日々の記録や支援の会議録が管理されています。日々の記録は事業者内のパソコンからいつでも確認できる仕組みとなっており、入力した記録はタイムリーに反映されています。記録のとり方は、「障がい者関係施設職員支援の心得」の中で明記され、その内容に沿った記録がなされています。</p>  |  |         |
| 45  | <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。</p>                    | (a) b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人のホームページにおいて個人情報保護方針が公表されており、個人情報管理規程や文書・様式・記録管理規程も定められ、保管、保存、廃棄、情報の提供、保護等について細かく明記されています。新人職員に対する研修では研修チェックシートを使用しながら個人情報に関する研修を実施したり、定期的に行われる虐待防止セルフチェックの中でも個人情報についての振り返りがなされていたりしながら、職員の理解や遵守が図られています。</p> |  |         |

## 障害者・児福祉サービス版内容評価基準

### 評価対象 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。 | (a)・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>作業別懇談会や全体懇談会が隔月で開催され、利用者の意向や困りごと等を職員と一緒に確認する機会が設けられています。仕事においては作業標準書が利用者個別に用意され、配慮が必要な部分についても明記されています。アンガーマネジメント研修、虐待防止セルフチェックの実施、虐待防止マニュアルの理解や不適切支援に至らないための研修を通して、利用者の権利について共有する機会が定期的に開催されています。</p>  |                                       |         |
| 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。 | (a)・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「障がい者関係施設職員支援の心得」の中で、利用者に対する姿勢や具体的態度、接し方など具体的に記され、権利擁護に関する内容が明示されています。虐待防止セルフチェックを年2回実施し、虐待防止委員会も2か月に1回実施されるなど、虐待防止に関する取り組みが実施されています。身体拘束を必要とする利用者はいませんが、必要となった場合の手続きや方法、身体拘束に関するQ&amp;A、所定の書式が明記されています。「イライラしても冷静に努める」という年度における職員共通の目標を掲げ、全職員がそれについての振り返りを毎月行っています。</p> |                                       |         |

### 評価対象 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。                 | (a)・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画の中で、課題解決のための役割が利用者それぞれで設定されており、利用者自身が行うべきことが明確になっています。作業標準書においては、仕事上支援が必要なことや、利用者自身で仕事が進められるような手順が明記され、それに基づいた支援がなされています。更新の手続きや郵便物の取り扱いなどは、事業所職員や社会福祉協議会等による助けも受けられるようにサポートしています。</p> |  |         |
| 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。 | (a)・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>簡易版重要事項説明書「みのりに通うために」では、仕事の内容や職員、工賃、就業時間、約束ごとなど、絵や写真、ルビがふられた文書が用意されています。コミュニケーション機</p>   |  |         |

|   |   |         |
|---|---|---------|
| <p>器を必要とする利用者はいませんが、メモを使って職員と意思の疎通を図るなど個別に対応しています。毎月実施される作業別懇談会または全体懇談会、あるいは月1回担当職員と話し合う機会を設けるなどしながら利用者とのコミュニケーションが図られています。</p>   |   |         |
| 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。  | (a)・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>月に1回、個別支援計画の目標の確認等を行いながら、担当職員と話し合う時間を設けています。作業別懇談会や全体懇談会でも利用者の意見を聴取し、支援方法の見直しにも繋がっています。生活に変化がある場合、相談内容で検討が必要なものなどは計画相談担当者やヘルパー、保佐人など本人を含めた関係者会議を開催し、サービスの調整や生活の見直しにつながるような話し合いの機会も設けています。</p>                           |   |         |
| 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。    | (a)・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>利用者の希望に沿い、利用者に適した仕事ができるように都度見直されながら支援が行われています。文化的な学びの機会の提供や余暇、レクリエーション等はほぼ毎月法人が企画するイベントを中心に希望者が参加できる形となっています。みゆの丘協議会での連携も図られ、地域交流も行われています。</p>  |   |         |
| 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。       | (a)・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>太田ステージ検査を実施し、利用者理解を深め支援に繋がっています。作業標準書も準備され、それに沿った支援が行われています。利用者の個々の状態や状況に応じて、仕事の時間を減らしたり、作業場所を変更したり、クリーニングの仕事においては、写真等を用いて視覚化することによってよりスムーズに仕事が進められるような配慮がなされています。</p>  |   |         |
| <p>A-2-(2) 日常的な生活支援</p>   |   |         |
| 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。      | (a)・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>食事提供については、エネルギーや栄養成分が細かく表記され、利用者も確認できるように掲示されています。行事の際には季節に合わせたおやつも提供されています。利用者の状況に応じて、食事を早めに提供したりアレルギーの方にも対応したりするなど、個々の状況に合わせて対応しています。毎日利用者の状況に応じて送迎を行っていますが、荒天時については、普段は自身で通所している利用者にも希望があれば送迎を行うなど柔軟な対応が図られています。</p> |   |         |
| <p>A-2-(3) 生活環境</p>   |   |         |
| A⑨  | 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。 | (a)・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>利用者満足度調査において、環境面の改善を求める意見に対しては必要に応じて対応しています。昨年度はトイレのリフォームを行い、今年度は工場内のテーブルを小さくすることで通路を確保し、移動がスムーズになっています。休憩中は休憩室のほか、敷地内の売店に行</p>   |   |         |

|   |   |         |
|---|---|---------|
| <p>ったり、喫煙所で過ごしたり、外で遊ぶこともできるなど、利用者が好きなことをして過ごすことができるように配慮されています。作業中など不安定になってしまった場合は、作業場から離れるなど個別の対応が図られています。</p>   |   |         |
| <p>A-2-(4) 機能訓練・生活訓練</p>  |   |         |
| A⑩  | <p>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。</p>            | a (b) c |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>         利用開始時に太田ステージによる評価が全利用者に実施されています。また、食事指導が必要な利用者に対しては作業療法士による指導や助言を受け、それに基づいた支援が行われています。就労を主として支援しており、機能訓練や生活訓練について計画が作成され、支援が実施されていることは確認できません。</p>                               |   |         |
| <p>A-2-(5) 健康管理・医療的な支援</p>  |   |         |
| A⑪  | <p>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。</p>       | (a) b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>         毎年健康診断が実施され、その結果をもとに、必要に応じて医師の指示が家族に届けられています。個別に注意が必要な利用者に対しては、それに合わせた対策を講じ、健康の維持に努めています。また、てんかん発作等がある利用者に対しては、症状や観察のポイントがまとめられ、職員が共有しています。法人内に設置されている天竜厚生会診療所は緊急時にも対応しています。</p> |   |         |
| A⑫  | <p>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。</p>          | a・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>         該当者がいないため非該当です。</p>  |   |         |
| <p>A-2-(6) 社会参加、学習支援</p>  |   |         |
| A⑬  | <p>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。</p>       | a (b) c |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>         毎月開催される法人主催のカルチャー教室は、都度提示され、希望者には申し込みを行い参加できる機会を提供しています。年末年始や、外出を目的とした休みの希望に沿えるように対応しています。通所して仕事をすることを優先しており、学習に関する支援は行っていません。</p>   |   |         |
| <p>A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援</p>   |   |         |
| A⑭  | <p>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。</p> | a (b) c |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>         在宅かグループホームで生活され、すでに地域生活を送られている利用者がほとんどです。現在の生活を維持し、地域生活が継続できるように必要に応じて相談担当者等と支援者会議を開催しています。個別支援計画書の中で本人の要望が反映され、課題も把握はされていますが、具体的な生活環境への配慮は明記されていません。</p>                        |   |         |

|   |                                      |       |
|---|--------------------------------------|-------|
| A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援   |                                      |       |
| A15   | 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。 | a・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>今年度開催された厚生会まつりにおいては、家族や地域の方を招いて交流が図られました。日々の様子については、連絡ノートを活用して家族との情報共有が図られています。必要に応じて、家族含め相談事業所等と支援者会議を開き、支援の検討も実施しています。支援者会議や見学会は随時行っていますが、一部の利用者にとどまっており、家族と意見交換をする機会は設けられていません。</p> |                                      |       |

### 評価対象 A-3 発達支援

|  |  |         |
|--|--|---------|
|  |  | 第三者評価結果 |
| A-3-(1) 発達支援                               |  |         |
| A16  | 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。 | a・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>該当者がいないため非該当です。</p> |  |         |

### 評価対象 A-4 就労支援

|   |   |         |
|---|---|---------|
|   |   | 第三者評価結果 |
| A-4-(1) 就労支援  |   |         |
| A17   | 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。       | a・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>作業別懇談会と全体懇談会が隔月で交互に実施され、利用者と職員とで話し合う機会が設けられています。また、ソーシャルスキルトレーニング（SST）を支援者間で行い、課題解決に向けた取り組みを実施しています。ソーシャルスキルトレーニングは利用者とも行うこととなっており、利用者自身の課題解決にもつながる取り組みが図られています。</p> <p>工賃のほかにも交通費や皆勤手当、年末年始手当が支払われたり、地元の天竜高校との商品開発も行われたりと、働く意欲の向上や地域との連携が図られています。</p> |   |         |
| A18   | 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。 | a・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>仕事がスムーズにできるように、利用者ひとりひとりに作業標準書が作成され、それに沿った支援がなされています。簡易版重要事項説明書「みのりに通うために」の中では、仕事の内容や工賃、仕事の時間などがわかりやすく記され、それをもとに利用者に説明されています。</p> <p>工賃のほか、交通費や皆勤手当などが支給され、それにより利用者の就労意欲の向上が図られ、工賃の向上にも繋がっています。</p>  |   |         |

|  |   |         |
|--|---|---------|
| A19  | 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。 | a (b) c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>作業開拓及び自主製品の加工等で2019年、2022年と新たな作業を拡大し、工賃も向上しています。また、離職者等の受け入れは相談支援事業所を通じて受け入れを行っています。</p> <p>「今すぐ一般就労したい」と希望される方はおらず、近年、一般就労への実績はなく、障害者就業・生活支援センターやハローワーク等との連携は行われていません。</p> |   |         |