

## 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 静岡県社会福祉会

### ②施設・事業所情報

名称：天竜ワークキャンパス	種別：多機能型事業所（生活介護・就労継続支援B型）	
代表者氏名：秋葉 聡	定員（利用人数）：40名（生活介護20名・就労継続支援B型20名）	
所在地：静岡県浜松市浜北区於呂4201-9		
TEL：053-583-1130	ホームページ： <a href="https://www.tenryu-kohseikai.or.jp/syougai/work_campus/">https://www.tenryu-kohseikai.or.jp/syougai/work_campus/</a>	
<b>【施設・事業所の概要】</b>		
開設年月日：昭和51年4月		
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：12名	非常勤職員 5名
専門職員	（サービス管理責任者） 1名	（看護師） 1名
	（生活支援員） 12名	（職業指導員） 1名
	（目標工賃達成指導員） 1名	
施設・設備の概要	（居室数）	（設備等）
	※通所事業のためなし	食堂・相談室（2カ所）・事務所・医務室・個別支援室・個別作業ブース（6カ所）・多目的トイレ（1カ所）・男子、女子トイレ

### 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：「①誰もがステップアップを目指すことができる、②地域の中で安心して暮らしながら働くことができる、③未来のビジョンを描くことができる」

### 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、天竜ワークキャンパス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「業務における安全」をテーマに研修を開催し、安全への意識を高める取り組みを行っている。また、業務上必要な資格取得の推進を図ることを重点取り組みとし、1名フォークリフトの運転免許取得をしている。

2) ご利用者が、より相談しやすく自分の意見を出しやすい環境を整えるため、相談員の相談日を設けるほか、看護師による相談日も月1回設けている。そのほか、今年度虐待防止委員会の取り組みとして、10月～年末にかけてご利用者に職員の接遇や声掛け等に関する聞き取りアンケートを実施する予定であり、ご利用者がより利用しやすい環境を整えている。

3) 平成31年4月に新建屋を竣工。開設後から主に身体に障害をお持ちの方の中心に受け入れを行っていたが、より受け入れやすい環境を整えるとともに、その他の障害をお持ちの方も受け入れできるよう、個別支援室や個別作業ブースを設置する等環境面で工夫を行っている。

#### ⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和4年6月10日（契約日） ～ 令和5年3月16日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	0回（ 年度）

#### ⑥ 総評

##### ◇特に評価の高い点

- ・ 実習生の受入マニュアルは、専門職種別、受入事業所別にモデル研修プログラムを作成しており、実習生を受け入れやすいように工夫しています。
- ・ 利用者が取り組みたい仕事を実現できるよう支援し、作業工賃を一定レベルに維持することで利用者の働く意欲と力を引き出しています。

##### ◇改善を求められる点

- ・ 利用者満足度調査と施設自己評価を年1回ずつ定期的には実施していますが、組織内に具体的な体制がないため、評価、分析、改善策の検討にすべての職員が参加できていません。

#### ⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

当事業所が提供しているサービスの質及び取り組みについて、客観的な視点から知ることができる良い機会となりました。

就労事業所として力を入れている「誰もがステップアップできる」という事業所の基本方針にあわせて、ご利用者の取り組みたい仕事を実現できるよう支援している点について、評価をいただきありがたく存じます。

今回いただいた評価の中で、現状では取り組みが足りずに、今後取り組みを強化することでより良いサービスを提供できる部分につきましては、職員間で共有しながら次年度の取り組みに生かして、より良いサービスをご利用者に提供できるよう職員一丸となり努めてまいります。

#### 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>理念と基本方針は、法人の使命や目指す方向、考え方を読み取ることができるとともに、職員の行動規範となる具体的な内容となっており、ホームページや広報誌などにより周知に努めています。職員への周知は職員が携帯する小冊子へ記載するなどし、利用者への周知はふりがな付きのわかりやすい書面を事業所内に掲示し、周知状況を施設自己評価の中で定期的に確認しています。</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>社会福祉事業全体の動向については、法人経営企画課が把握・分析した情報を事業部単位の運営会議で把握しています。また、利用者数や福祉サービスのニーズ等の地域情報については、法人経営戦略会議で話し合われた内容を運営会議を通して把握しており、コストや利用率等の分析については、運営会議の基礎資料である月次報告や法人経営企画課から事業所に送付される経営成績表等で行われています。</p>		
3	Ⅰ-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組みを進めている。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の経営企画課が毎月作成する経営成績表の中で経営課題を明らかにしているとともに、法人全体の中長期経営目標に反映し、各事業所はさらに具体的な取組みにつなげ、役員出席の経営戦略会議で共有しています。また、年度毎の決算状況や改善すべき課題を職員が把握できるように職員会議で周知しています。</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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>中・長期計画については、理念や基本方針を実現するために、経営方針（品質方針）として4つの領域（ご利用者、地域、人材、経営管理）に具体的に分類し、ひとつの領域に3つの具体的な方針を立てています。また、資金計画も設備計画が40年など中・長期の視点で作成しています。加えて、ISOの取り組みの中で実施状況をそれぞれ評価し、次期中期経営目標に反映しています。</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>単年度計画の部署目標は、法人の経営方針の中から中期経営目標に反映した「人材」、「経営環境」に基づいています。「人材」は安全をテーマにした研修の実施とフォークリフト等の資格取得、「経営管理」は利用定員の遵守となっており、具体的で実施状況の評価を行うことができる内容になっています。</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>事業計画は、管理者が作成した原案を職員会議で検討し、職員の意見を集約・反映させた上で作成しています。また、半年に1回、ISO品質マニュアルに基づいて実施状況を確認しています。加えて、事業計画の内容は、職員への理解を促すことを目的として、職員会議の中で説明しています。しかし、計画の評価手順は定められていません。</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>事業計画の利用者への周知については、利用者が理解しやすいように振り仮名を付けた要約版を作成し事業所内に掲示しています。また、事業計画の要約版を利用者に朝礼時に配付して説明をしています。</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>福祉サービスの質の向上のために、第三者評価と同基準を使って毎年1回施設自己評価を行っています。また、管理者はその集計内容を前年度と比較できるように加工し、職員会議の場で検討しています。加えて、法人全体の取り組みとして輪番で福祉サービス第三者評価を</p>		

各事業所が受審しています。		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設自己評価の結果については、集計、分析結果を集計表にまとめ、管理者はそこから課題をまとめ、課題共有を図るために職員会議で伝達しています。しかしながら、改善に関する検討や改善策や改善計画の策定、見直しは行われていません。</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>管理者は、運営・管理に関する方針や自らの役割と責任については、4月の職員会議で管理者からの伝達事項として職員に伝えています。また、職務分掌内にも関連した内容を明記しています。加えて、消防計画の中で、有事の際の権限委任も含めた管理者の役割と責任を明確にしています。</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>管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するために、優先調達推進法をはじめとする関係法令に関する様々な勉強会に参加しています。また、職員も同様にインボイス制度などについて職員会議内で勉強会を行っています。</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>管理者は、利用者満足度調査と施設自己評価をそれぞれ年1回ずつ定期的に行い、調査結果に基づいて判明した、利用者に対する言葉遣いなどの課題と取り組み内容を職員会議で説明するなど、質の向上に意欲を持ち指導力を発揮しています。併せて、身体拘束や安全への取り組みなどの研修を実施し、サービスの質の向上に努めています。しかしながら、サービスの質の改善のための体制を構築することや、職員の意見を反映するための具体的な取り組みを行うまでには至っていません。</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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は、法人の経営企画課が作成する月次経営成績表を通して、人事、労務、財務等を踏まえた経営の改善等向上に積極的に取り組んでいます。また、法人全体として「健康経営」</p>		

を掲げ、働きやすい環境づくりに取り組んでいることから、その実効性を高めるために、職員会議で経営改善に係る重要事項等を伝えるなどリーダーシップを発揮しています。

## 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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉人材の確保や育成に関する指針を明確にしています。また、有資格職員や必要な福祉人材の管理等については計画的に行われています。加えて、法人全体でインターネットを活用した採用活動や教育機関と連携した奨学金事業、インターンシップ制度など人材確保のための効果的な採用活動を実施しています。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>全職員に配布している冊子「私たちの天竜厚生会」の中で、法人の理念・基本方針に基づく期待する職員像を明確にしています。また、法人で定めた人事基準に基づき、職員の専門性や職務遂行能力等の評価を行っています。加えて、ジョブチャレンジ制度やグループチャレンジ制度などのキャリアパス制度を導入し、職員の要望をもとに、職員が自らの将来を描くことができる総合的な仕組みを構築しています。しかし、把握した職員の意向や意見は具体的な改善策にまで至っていません。</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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員の就業状況等の把握に関する責任者が業務分掌で明確になっています。また、管理者は時間外総括表から一定以上の時間外勤務がわかった場合は、対象職員と面談を行い個別の状況を把握するように努めているとともに、職員が悩みなどを相談しやすいように都度個別に声をかけて面談を行っています。加えて、健康経営への取り組みやジョブチャレンジ制度などの人事制度を通して、働きやすい環境づくりに取り組むとともに、法人として職員互助会を組織し、会員アンケートを実施して福利厚生の実現につなげています。</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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>全職員に配布している冊子「私たちの天竜厚生会」の中で、法人の理念・基本方針に基づく期待する職員像を明確にしています。また、職種ごとに目標項目、目標水準等の育成目標を設定し、施設長は年2回（期中と期末）、自己評価表を用いてそれぞれの職員の育成目標との振り返りと進捗状況を確認しています。しかし、目標や方針の設定は、職種ごとに決められており、一人ひとりがコミュニケーションを通して個別の内容で設定されているわけではありません。</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>全職員に配布している冊子「私たちの天竜厚生会」の中で、法人の理念・基本方針に基づく期待する職員像を明確にしています。また、職員が必要とする専門資格や研修は有資格一覧表で管理され、その内容に基づいて計画的に受講が進められています。研修計画や研修内容、カリキュラムは定期的に評価と見直しが行われています。</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>職員一人ひとりの専門資格取得状況や職員一人ひとりが参加できるように、資格や研修を有資格一覧表で管理、把握しています。また、階層別研修など職員が必要とする知識、技術に応じた研修を実施しています。加えて、外部研修は管理者が個別に声掛けを行い参加を推奨しています。</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>実習マニュアルの中に、実習生に関わる研修、育成に関する基本姿勢が明記されています。また、専門職種別、受入事業所別の基本研修プログラムが用意されており、実習生は、実習先と相談の上でプログラムを作成するとともに、実習期間中は学校側と連携を取りながら進めています。加えて、実習指導者を対象とした実習説明会を法人が行うなど体制の整備に努めています。</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>理念、基本方針、事業計画、事業報告、予算、決算情報や苦情とその改善内容をホームページに掲載し、運営の透明性を確保するように努めています。また社会や地域に対して、法人の存在意義や役割を明確にするため、理念や基本方針、経営ビジョン、福祉サービスの活動内容などを広報誌あかまつに掲載し、地域の行政機関や福祉事業所など含めて、約8000部を送付し周知に努めています。</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>事務等に関する権限・責任については事業計画書の職務分掌に明記しており、事業計画書を職員に職員会議で配布し周知を図っています。また、定期的な内部監査の実施や公認会計士などの外部の専門家による監査支援やその結果に基づく経営改善を行っています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域との関わり方についての具体的な考え方が経営方針に明記されています。また、社会資源等、地域に関する情報を利用者に提供するために、タイムカードの近くに社会資源の一覧を掲示しています。加えて、事業所や利用者への理解を得るための取り組みとして、「わくわく交流会」という子どもたちとの交流会事業を行っています（コロナ禍は休止中）。しかし、利用者が地域の行事や活動に参加する機会の支援や買い物、通院など日常的な活動に対する社会資源の利用推奨については行っていません。</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>ボランティア受入マニュアルの中に、ボランティア受入れや学校教育等への協力、受入れに関する登録手続や事前説明に関する項目等が記載されています。また、ボランティアが利用者と交流を図る視点等について事前オリエンテーションで伝えています。加えて、特別支援学校の実習生を受入れるなど学校教育への協力を行っています。</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>地域の関係機関・団体との関わりについては、浜北区自立支援協議会に参加し、地域の共通の問題に対して協働して取り組んでいます。また、その協議会名簿を利用者支援に係る社会資源情報として職員間で共有しています。</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>浜北区自立支援連絡協議会や浜松市社会福祉施設協議会等に参加し、地域の福祉ニーズや生活課題等の把握に努めています。</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>ホームページを通して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。加えて、「みゆうの丘協議会」を地域で組織し、病院や特別支援学校等と連携して防災訓練を行うなど地域の防災対策への支援に取り組んでいます。地域福祉の向上のために、低所得者や生活困窮者への支援を経営方針の中に明記し実践していますが、これらは法で定められた事業に留まっています。</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>法人や施設の理念は常に掲示し、また基本姿勢については「障がい者関係施設職員支援の心得」にて明文化して、研修等を通じ共有をしています。加えて虐待防止セルフチェックリストを行う事で対応状況の確認や振り返りを行っています。</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>個人情報管理規定、虐待防止マニュアルを整備し、会議等で周知を図り、プライバシーに配慮したサービスの提供をしています。また「障がい者関係施設職員支援の心得」や「生活サポート帳」に基づいた支援を行い、相談は個室で個別に行うなどプライバシーに配慮しています。こうした取り組みについては利用開始時に重要事項説明書での説明や、フロア内に掲示されています。</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>ホームページやパンフレット及び動画は随時更新し、最新の情報でサービスの選択が出来る様、配慮をしています。また、見学は希望があれば職場体験も含め受入れをし、実際に体験することでサービス選択に必要な情報を提供しています。施設の機能上パンフレットは特別支援学校や相談支援事業所等を中心に配布しており、公共施設には置いていません。</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>サービスの開始・変更時には、利用者が理解しやすいようにフリガナ付きの説明書を用意して説明しています。また、契約書、重要事項説明書には署名・押印がされており確実に保管しています。点るワークキャンパスには意思決定が困難な利用者はいませんが、意思決定が困難な利用者への配慮については法人としてルールを定めています。</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>サービスの変更に際しては、著しい変更や不利が生じないよう、施設内で情報を共有し、配慮しています。他施設等への引き継ぎやサービス利用が終了した後の相談に関しては、原則として相談支援事業所を通じて必要な情報の提供を行ない、相談員が窓口になってい</p>		

<p>ますが、引継ぎ文書や担当者を記した書面はありません。</p>		
<p>Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。</p>		
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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;            年1回利用者満足度調査を行い、その結果を職員会議で検討し、回答を事業所内に掲示しています。また、利用者の要望に対して具体的に対応しています。</p>		
<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。</p>		
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;            苦情解決の体制については、苦情対応マニュアルに基づき、重要事項説明書、及び事業所内に掲示をしています。配付している資料は重要事項説明書になりますが、説明後了解の上、署名捺印を貰っています。意見箱を事業所入り口に設置するとともに毎月相談日を設け、意見等を受け付けています。苦情対応の結果については、利用者・家族に報告し、了解がとれたものについては、機関紙あかまつやホームページ上で公表しています。また苦情対応の結果については、職員会議などで報告し、全員に周知しています。</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;            利用者が相談や意見を述べやすいように、看護師または相談員を選ぶことができるようになっていくとともに、それぞれの相談日を事業所内に掲示しています。また、相談は意見が述べやすいように個室の相談室で行うことができます。</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;            年1回の利用者満足度調査や意見箱の設置、毎月相談員と看護師による相談日を設ける等、複数の方法で意見を伝える事が出来るようになっていく。苦情対応マニュアルが整備され、あわせて支援の心得などを基に記録方法や報告の手順が定められています。また相談日等で受け付けた意見については、虐待防止委員会の中で関係職員で検討・共有し、職員会議の場で周知がされています。</p>		
<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。</p>		
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;            事故発生時の対応を含めたリスクマネジメントに関する体制が事故、ヒヤリハット対応マニュアルで明確になっているとともに、新任研修等を通してその内容を職員に周知しています。また、職員会議の中で事故等の発生要因の分析、改善策の検討を話し合い、実施した改善策の効果測定、見直しを行うなど組織的な取り組みが行われています。</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>法人で感染症対策マニュアルを整備しており、役割と責任についても事業所の事業計画に明示しています。事業所内でも感染症対策委員会を隔月で開催し、看護師が中心となり職員会議時に勉強会を行っています。感染症対策については、来所時の検温や体調確認のほか、手指消毒が出来る場所を複数設置するほか、食堂にはパーティションを設置しています。</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している。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>災害時の対策を消防計画に定めています。また、災害発生時の事業継続についてはBCPを作成しているとともに、近隣の病院や特別支援学校と連携して防災訓練を行っています。災害時の利用者及び職員の安否確認の手順は毎月の防災訓練の際にマニュアルを使用を行い、食料や備蓄品等のリストも整備しています。</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、障がい者関係施設職員支援の心得にサービスの標準的な実施方法が明記されています。具体的な支援に関しても、利用者の生活サポート帳に明記されています。実施方法については、入職時や異動時に教育が行われ、マニュアルは常に閲覧が出来るようになっています。標準的な手順で実施がされているかは、ISO内部監査等の機会に確認を行う仕組みができています。</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>標準的な実施方法が記されている障がい者関係施設職員支援の心得、利用者の生活サポート帳（介護マニュアル）は定期的に見直しをしています。しかし、見直し等の方法が定められていないことに加えて、見直しにあたっては個別支援計画の内容や職員や利用者等の意見が反映される仕組みになっていません。</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>ISO教育マニュアルに示されているマネジメントシステムフロー図及び個別支援計画サクセスチャートで手順が定められ、明文化されています。それに基づき、アセスメントやモニタリングが行われています。支援困難ケースについては、相談支援事業所が主催するサービス担当者会議に出席して、事業所からの情報提供や意見を述べるとともに、他のサービス支援者からも情報を得ています。</p>		

43	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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ISO 教育マニュアル、マネジメントシステムフロー図に基づき、スケジュール表を作成し、見直しの時期を定めています。個別支援計画の作成、変更については、ISO 教育マニュアルの記載に基づき実施しています。課題については個別支援計画書に明確に示され、その対応については支援実施書に明示しています。</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、職員間で共有化されている。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービスの実施状況は、クレヨンと呼ばれる記録システムを利用し、システム上にある共通様式で記録がされ、何時でも確認が出来るようになっています。記録の書き方については、障がい者関係施設職員支援の心得に明示されています。またソーシャルワーカーが「支援記録のあり方、とり方」について法人プロジェクトのメンバーとなり、検討に参加しています。</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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者に関する記録は、「個人情報管理規程」「文書・記録管理規程」により保管、保存、廃棄、情報の提供、個人情報の保護を明示し、その内容については新人研修や職員会議等の場を通して周知しています。個人情報の取り扱いについては、重要事項説明書等を利用して契約時に説明を行い、同意書に署名をもらっています。</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>個別支援計画はモニタリングや環境の変化による再アセスメント、相談内容などを加えることで、利用者の意向を反映させた計画が作成されています。職員は障がい者関係施設職員支援の心得を基に、支援を行っています。利用者の権利については、虐待防止委員会で検討がされ、理解を深めるための研修が行われています。</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>虐待防止委員会の設置、第三者委員の連絡先が事業所のフロア内に掲示され、相談先が明確になっています。利用者からの訴えに対しては虐待防止委員会で検討され、利用者に文書で回答をしています。身体拘束については、作業が主体の為該当する利用者はいませんが、マニュアルで対応について規定をしています。</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>アセスメントにより利用者や家族の希望や意向について確認をし、個別支援計画書の中に反映しています。支援については「障がい者関係施設職員支援の心得」に基本的な考え方が記載されています。個別支援計画書作成時に併せて支援実施書を作成し、細まやかな支援が行えるようになっています。また車椅子の修理や支援区分の変更などの行政手続きも、利用者の希望により支援を行っています。</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>利用者の心身の状況に応じて、相談室や医務室等プライバシーに配慮できる個室を用意し、話しやすい環境を整備しています。コミュニケーションが十分でない利用者に対しては、紙のメモやホワイトボードを用意し、時間をかけ質問に対する答えを○×で示してもらおう等、様々な手段で意思疎通を図っています。</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;</p> <p>毎月相談員と看護師による相談日を1回ずつ設けており、細かな相談や意見を伝える機会が作られています。またモニタリングやアセスメントを通じ、確認した意向を相談員や看護師、サービス管理責任者等多職種の参加で検討し、個別支援計画書が作成されています。作成された個別支援計画については、職員会議等で周知されるとともに、クレヨン（システム）上で常に確認することができます。</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;</p> <p>事業所内に下請け、自主製作、喫茶の部門があり、その中にもいくつかの作業があり、希望により選択が出来るようになっていきます。また複数人での作業が難しい利用者に対しては、個別の作業スペースの提供も行われています。余暇やリクレーションについては、掲示により周知がされ、希望があれば申し込みの支援も行われています。地域の活動の情報提供は行っていますが、職場ということもあり、必要に応じた利用支援を行っているとは言えません。</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;</p> <p>障がい者関係施設職員支援の心得や、ご利用者の生活サポート帳が各職員に配布され、職員の内部研修やチェックリストの活用や外部研修の受講により、専門知識の習得と支援の向上がはかられています。不適応行動などの行動障害に対しては、アセスメントやモニタリングを通じ、個別支援計画を策定する段階で検討がなされ、職員に対し理解や共有をしています。支援状況は適切に記録し、必要に応じて再検討や環境整備等を行っています。</p>		
A-2-(2) 日常的な生活支援		
A⑧	A-2-(2)-① 個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っている。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>食事については、利用者の希望により給食だけではなく弁当や外食、自宅へ戻るなどの選択が行われています。給食については、毎年嗜好調査が行われ、選択メニューなど多様なメニューを提供しています。また温冷キャビネットを設置し、適切な温度での提供ができるようになっていきます。移動移乗支援については、身体障がいのある利用者を中心に、本人の希望やアセスメントに基づき、支援が行われています。排泄については、支援の必要があれば、個別支援計画書や支援実施書に基づき支援が行われます。</p>		
A-2-(3) 生活環境		
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;</p> <p>作業場や食堂トイレ等は明るく、通路も広く、滑りにくい床になっています。また通路や資材置き場を区分するため、床が緑とグレーに分けられ、確認しやすくなっています。体調不良時などは医務室にベッドが用意されており、休むこともできます。また喫煙スペースも事業所の外に準備がされています。他の利用者と一緒に作業をすることが難しい利用者に対し</p>		

<p>ては、一人で作業が行えるスペースを複数用意し、個々にあった支援が出来るようになって います。利用者満足度調査を毎年実施し、改善点は迅速に対応しています。</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;          必用に応じ、法人内にある診療所からリハビリスタッフを派遣してもらうことが出来るよう          になっています。また、病院でのリハビリには事業所の看護師が付き添い、情報は他の職員          と共有されています。基本的に利用者は作業が出来る方なので、一人一人の訓練計画や生活          訓練は計画されていません。他施設も併用して利用している場合は、モニタリングの結果を          共有するようにしています。</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;          排泄の支援については、車椅子を利用している人の見守りは支援計画に基づいて行われてい          ます。検診の結果については、問題がある場合は医師の回診時に、問題がない場合は看護師          が個々に説明の時間を設けて説明しています。内科と精神科の医師は回診がありますが、他          科については法人内診療所や近くの病院を受診していますが、看護師が付き添い、医師から          の指示を記録し、職員内で共有し、医療との連携がはかれるようにしています。健康管理に          ついては、職員会議を利用し検討がされています。</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;          服薬等の管理については、与薬マニュアルに基づき行われていますが、個々の与薬のチェッ          クはしていません。慢性疾患やアレルギー疾患がある利用者に対しては、医師の指示に基づ          き、看護師により対応が行われています。医療関係のマニュアルは整備されており、定期的          に研修も行われています。医療的支援が必要な利用者がある場合は、職員会議の場等で対応          方法について共有がされています。</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;          一般就労に向けての資格の取得や、カルチャー教室の案内の情報を掲示しています。希望者          がある場合は、申し込みについての支援が行っています。また他機関と協働していくため、          社会参加への支援や情報提供を行っています。</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;          地域生活に必要な社会資源の情報はについては、相談支援事業所や他機関と協力し提供や利</p>		



用の支援を行っています。他機関との会議へは積極的に参加し、情報の提供を行っています。地域生活への移行は、アセスメントの中で確認をし、相談支援事業所への情報提供を行うとともに、協力や連携しての支援を行っています。		
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>家族へは必要に応じて連絡をしますが、相談支援事業所へは定期的に報告をしています。体調の急変などの場合は、「ご利用者の生活サポート帳」に、救急対応の場合は事故ヒヤリマニュアルに基づき対応をしています。家庭への相談支援事業所との同行訪問も必要に応じて行われています。しかし、通所事業所の為、家族会や家族の集いは行っていません。</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>本人のやりたい仕事を確認し、希望が実現するよう支援をすることで働く力や意欲を引き出しています。またアセスメントやモニタリングを行い、多職種で検討することで、障害に応じた就労や作業が出来るよう支援計画が策定され、実施されています。サポート団体や地域の企業との関係を維持することで、給金を一定レベルに維持することができ、利用者の働く意欲が維持されています。</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>アセスメントや本人の希望をもとに、仕事時間、内容、工程を定めています。いろいろな仕事を選択できるよう、サポート団体や地域の企業との関係を維持しています。作業内容や工程については、利用者との合意に基づき個別支援計画書が策定されています。工賃については、利用開始前に重要事項説明書で説明を行い、同意を得ています。また工賃規定を就労開始時に配布するとともに、同じものがフロア内に掲示され、確認をすることができます。通路と資材置き場を色分けすることや約束事を掲示することで、安全に作業が行えるように工夫しています。</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>サポート団体への参加や、地域の企業との関係を維持することで、新しい仕事の受注につながっています。利用者や地域の障がい者が離職した場合には、相談支援事業所を通して受け入れや支援が行われています。ハローワークとの連携や障がい者が働く場における合</p>		

理的配慮を促進する働きに関しては、会議などを通じて行われていますが、これらの記録が整備されていません。