

## 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：くるみ作業所                  | 種別：就労継続支援B型                                |  |
| 代表者氏名：八木 里美                | 定員：36名（利用人数：37名）                           |  |
| 所在地：浜松市中区南浅田 2-12-26       |  |  |
| TEL：053-444-3228           | ホームページ：http://kurumi52.org                 |  |
| 【施設・事業所の概要】                |  |  |
| 開設年月日 平成元年4月1日             |  |  |
| 経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 復泉会 |  |  |
| 職員数                        | 常勤職員：8名                                    | 非常勤職員：3名   |
| 専門職員                       | （専門職の名称）                                   | 名  |
|                            | 社会福祉士                                      | 1名   |
|                            | 介護福祉士                                      | 1名   |
| 施設・設備<br>の概要               | （居室数）                                      | （設備等）  |
|                            | 訓練作業室・食堂・多目的室・相談室兼静養室・更衣室・リサイクル室・手すき作業室乾燥室 | 斜降式救助袋・荷物用エレベーター<br>アルミ缶選別機・アルミ缶プレス機<br>2台・フォークリフト |

### ③ 理念・基本方針

【基本理念】（復泉会の機能するところは、地域社会の機能するところである）

- ① 基本的人権の尊重
- ② 社会自律の促進
- ③ 適切なサービスの提供
- ④ 地域との連携

【経営方針】

社会生活をトータル的に支援するため、個々のニーズを把握し、これらに基づいて適切なサービスの提供（指導、助言、援助、共育、評価、訓練、保護など）を統合的に行い、生活の質を高め、自律に必要な適応性を助長するため運営基盤の充実が重要

【活動指針】

「復泉会」それは人との「出あい」に始まる。人と出あうことによってお互いに「ふれあい」、何かを共感することができる。そのことによって何かに「気付き」。新たな創造的生活を「築く」ことができる。この一連のプロセスを活動指針とする。

#### ④ 施設・事業所の特徴的な取組

「よみがえる資源・みんなで福祉」を合言葉に、障がいのある人たちと共にリサイクル事業を通して、地域とのつながりを大切にしている。また、これらの活動により、環境美化に貢献しています（SDGs推進の一環）。

行事ではチャリティバザーや夏まつりを通して、地域の皆さまとの「であい・ふれあい・気づ（ず）き」を深め、地域の中に「くるみ」の存在が定着しています。

#### ⑤ 第三者評価の受審状況

|               |                                       |
|---------------|---------------------------------------|
| 評価実施期間        | 令和3年5月19日（契約日）～<br>令和4年3月18日（評価結果確定日） |
| 受審回数（前回の受審時期） | なし 回（ 年度）                             |

#### ⑥ 総評

##### ◇特に評価の高い点

○外部コンサルタントを利用し、組織や職員の強みや弱みを多角的な指標で多年にわたり継続的に分析しています。分析した結果を踏まえ施設長と主任が考察を深め、課題等を文書化するとともに、まとめたものを毎週水曜日のミーティングにて職員と情報共有することで、現場での業務改善などに活用していく取り組みが定着しています。

○全体職員研修会や階層別研修など各種研修会が年間計画に基づき実施されていると共に、研修報告書の書式が定められ、理解度や満足度に加え「学び・気づき」「行動実践」など、研修を受けた内容を前向きに捉え、行動実践に結びつける工夫をしています。

○利用者ひとりにひとつの作業だけでなく、いくつかの作業を覚えてもらうことで、利用者の状態や意向により作業内容の選択ができることや、企業等に就職した元利用者がいつでも相談に来ることができるよう、どの職員でも対応出来るよう体制を整えています。

##### ◇改善を求められる点

○法人内研修において、利用者の権利擁護について勉強会を行っていますが、権利侵害防止のための掲示及び利用者への周知は十分ではありません。また、身体拘束に係る職員の伝達方法や行政への報告に係る明確な手順や権利侵害が発生した場合の再発防止策等の検討や実践に係る明確な仕組みについては明文化されていません。

○提供する福祉サービスの標準的な実施方法は文書化されていますが、検証や見直しの時期やその方法は明文化されていません。

#### ⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回、初めて第三者評価を受審し、今まで取り組んできたことや、日頃の支援を振り返る機会となりました。一番に感じたことは、事業所として取り組んできたことの評価と見直しができていることや、取り組みはしてきたが根拠となる記録の整備が不足しているところがありました。一方、自己評価できていないと思っていたことが、訪問調査を受ける中で、できていることに気づくきっかけともなりました。できていることは、今後も継続していきます。また、改善が必要なことは、今後の取り組みとして明確になりました。

仲間が地域で安心・安定した働く生活が送れるように事業運営に活かしていきたいです。ありがとうございました。

#### 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>事前提出資料及び現地確認にて理念・基本方針を確認し、事業所の使命や方向性については、きちんとした説明を受け、行動規範となるような具体的な内容になっています。毎年4月に理念・基本方針、事業計画等についての職員研修が開催され、周知が図られています。また、年2回の職員面談にて継続的な周知状況の確認もされています。非常勤職員については契約上の制約があり、開催日によっては参加できない研修がありますが、研修資料を配布し、必要事項は口頭で伝えています。</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、地域の各種福祉計画の策定動向などは、中長期行動指針他にて把握・分析しています。また、定期的に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、利用率等の分析も実施しています。しかし、福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータを収集するよう努めていますが、地域での特徴・変化等の経営環境や課題を把握し分析するには至っていません。</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>経営状況や改善すべき課題について役員間で共有され、その結果は線職員に配付するなど職員にも周知しています。また、経営課題の解決・改善に向けて具体的な取組みについても会計士、人材育成コンサルタントに委託し、職員体制、人材育成、財務状況等の診断を受け分析しています。</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、今年の4月に「中長期行動指針」として作成されたばかりですが、目標は明確になっており、問題解決に向けた具体的な内容にもなっています。数値目標や具体的な成果等を設定等は毎月のワーキングにて現在取り組んでいる途中ですが、事業計画書の5か年計画の重点項目には具体的な内容で示されており、実施状況の評価を行える内容となっています。</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>事業計画書は法人全体で作成され、各事業所別に個別に具体的な内容が記載されており、稼働率や目標工賃など数値目標や成果も設定され、実施状況の評価を行える内容となっています。</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>事業計画が職員等の参画や意見の集約・反映のもとで策定されており、評価・見直し等も職員全体にアンケートを取り、振り返りや下半期に向けての取り組みに活用しています。また法人全体の職員研修として、理念や事業計画の周知についても定期的に実施しています。</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>新型コロナ対策のため資料を郵送した家庭もありますが、3月23日に公民館を借りて家族会を実施しています。しかし、事業計画の主な内容を分かりやすく説明した資料は作成されておらず、利用者等がより理解しやすいような工夫には至っていません。また、利用者等の参加を促すための周知や説明の工夫については、年間カレンダーへの色付けに留まり、十分とは言えません。</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>法人で定められた職員に求められる知識・技術についての評価基準にもとづいて、年度初めに自己評価・自己点検を実施しています。第三者評価は法人全体でも今年度初めて受審しましたが、今後は定期的な受審が見込まれます。しかし、PDCAサイクルに基づく福祉サービスの質の向上に関する取り組みについては、評価結果を分析・検討するまでに至っていません。</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          | a・b・c   |

|   |                    |  |
|---|--------------------|--|
|   | にし、計画的な改善策を実施している。 |  |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/> 組織ベクトル診断（職員の意識調査等）をコンサルタントに依頼し、その結果をもとに施設長・主任が課題等を文書化し、まとめたものを毎週水曜日のミーティングにて職員と情報共有しています。直近では、新型コロナの対策のため、作業や食事の環境を変更したり、バスの時刻改定により事業所の日課の見直しをしたり、必要に応じて改善を実施しています。しかし、評価結果から明確になった課題について、職員の参画のもとでの改善や改善計画の見直しは行っていません。</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;<br/> 管理者は、自らの役割と責任について法人の機関紙「くるみだより」2021年1月号に記載しています。また有事における管理者の役割と責任、不在時の権限移譲についても職員職務分掌表とBCPマニュアルに主任の役割として明記しています。しかし、管理者は自らの事業所の経営・管理に関する方針は明確でなく、また会議や研修においても表明はしていません。</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;<br/> 利害関係者との信頼関係や距離は良好に保たれており、管理者は法令遵守の観点での経営に関する研修や勉強会にも参加しています。産廃、医療廃棄物処理など分別し、混入厳禁のイラスト入り書類を配布するなど、環境への配慮等も含む幅広い分野について遵守すべき法令等を把握し、職員に周知するための取り組みを行っています。</p>                 |  |         |

|   |  |         |
|---|--|---------|
|   |  | 第三者評価結果 |
| 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;<br/> 管理者は福祉サービスの質に関する課題を把握し、改善のための具体的な取り組みを明示して指導力を発揮し、自らもその活動に積極的に参画しています。職員の意見を反映するため事業計画や上期の振り返りのアンケートにて職員の意見を集約しています。職員の教育・研修の充実を図っていますが、パート職員に関しては契約時間の制約があり、外部への研修機会が十分とは言えません。</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;<br/>         管理者は経営の改善や業務の実効性を高める取り組みに十分な指導力を発揮し、法人本部で作成している財務諸表などを活用して分析し、人員配置、職員の働きやすい環境整備を行っています。ミーティングや朝礼で各種課題を協議するなど、自らも積極的に参画しています。</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。 | a・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>         必要な福祉人材や人員体制に関する基本的な考え方、福祉人材の確保と育成に関する方針は、法人として「復泉会の職員に求められる知識・技術」に明記しています。社会福祉士、介護福祉士等資格取得に対する支援制度や退職予定数にもとづく採用計画があり、人材育成のための研修は実施していますが、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しているとまでは言えません。</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;<br/>         「期待する職員像等」を下期の人事考課表にて具体的な内容を盛り込み、「復泉会の職員に求められる知識・技術」で明確にしておき、人事基準についても職員に周知しています。処遇水準に関しても福祉業界だけでなく一般企業との比較分析をしています。また面談で個人的な意向を確認し人事異動の参考にしています。キャリアパスについても「くるみ各階層で求められる能力」に明示しています。</p> |   |         |

|   |  |         |
|---|--|---------|
|   |  | 第三者評価結果 |
| 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。       | a・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>         労務管理に関する責任体制は職務分掌にて明確にされ、面談記録も法人本部に報告して職員の意向の把握に努めています。現場では職員とのコミュニケーションが尊重されており、福利厚生も実施しています。<br/>         メンタルヘルスに関しては、電話相談窓口は設置されていますが、対面での窓口を検討中です。また、福祉人材や人員体制に関する基準表の作成を検討中です。</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;<br/>         職員一人ひとりの目標管理のための仕組みとして、年度初めに目標を立てる「自己プロフィール表」を作成し、上司のコメントも記載しています。年2回の面談や研修報告書の実践報告により進捗状況を把握しており、年度末にも振り返りを行っています。</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;<br/>         「期待する職員像」が明示され、職員全体研修、階層別研修が実施されています。</p>  |  |         |

|   |  |       |
|---|--|-------|
| 法人本部では人材育成部会が毎月開催され、定期的に計画の評価と見直しを実施しています。しかし、「復泉会の職員に求められる知識・技術」の中には組織が職員に必要なとされる専門的な知識や技術は列記していますが、専門資格は明記されていません。  |  |       |
| 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>個別の職員の知識、技術水準、専門資格の取得状況等、資格証明書を法人本部と事業所で保管・管理しています。研修情報や研修参加の勧奨は適切に行われ、参加への配慮もされています。また、階層別研修・職種別研修・テーマ別研修等は法人で実施しています。しかし、個別のOJTの記録はなく、経験や習熟度別の研修は特段行われていません。</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・育成についての基本姿勢は、実習生受け入れマニュアルに明示されています。実習指導者の資格を取得している職員は配置され体制は整備していますが、事業所としての実習指導者の育成プログラムは作成途上です。</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、サービス内容や財務等に関する情報をホームページや広報紙くるみだより等で公表していますが、苦情に関しては項目のみで内容や改善・対応状況などは公表されていません。</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>公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のため、法人本部にて会計士による事務指導を毎月受けています。また、復泉会組織表、理事（役員）・評議員の権限、くるみ作業所職員職務分掌があり、経理規程等の規程類は職員が閲覧できる状態となっています。法人監事による監査が年2回実施されていますが、外部の専門家による監査は実施されていません。</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>法人理念の内容そのものの取り組みであり、利用者と地域との交流を広げるため、</p> |                                       |         |



|   |  |       |
|---|--|-------|
| 夏祭りの開催や地域行事への参加など地域への働きかけを積極的に行っています。   |  |       |
| 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>ボランティア受入れについて、登録手続き、ボランティアの配置、事前説明等に関する項目が記載されたマニュアルを整備していますが、基本姿勢としては明文化されておらず、地域や学校教育への協力についても明文化されていません。また、学校教育への協力も出前講座の依頼に応じてはいるものの、その記録は整備されていません。</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>「他機関との連携・業務力向上・社会貢献活動等担当」一覧表が作成され、事務所に共有化され、各種連絡会・協議会への参加がされ連携を図っています。また、アフターケアのため一般就労したご利用者に対しても関わりを継続しています。</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>地域交流イベントの行事の開催(バザー・夏祭り)や地域行事に参加し地域交流をしており、地域の相談支援事業所や特別支援学校など他機関・団体等への会合へ出席し、地域ニーズ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>地域交流スペースを無料で貸し出したり、歩道の清掃活動、地域のごみ拾い活動等地域美化活動を通して地域の活性化や街づくりに貢献しています。しかし、事業所が有する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地域に還元する取り組みや、住民の安全・安心のための備えや支援は特に実施していません。</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>理念の唱和や年度初めの理念研修、取り組みの実践発表をしています。倫理綱領はありますが、職員が理解し実践するための取り組みは十分ではありません。</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;<br/>         プライバシー保護についてのマニュアルは「個人情報管理規程」があり、重要事項説明書の中に守秘義務等の記載があります。また、聞かれない情報に関しては、事務所の扉を閉めて大きな声で話さない等の配慮はしています。しかし、個人情報保護以外のプライバシー保護については、職員間で意思疎通が図られているものの文書化はしておらず、利用者や家族へのプライバシー保護と権利擁護に関する周知は十分とは言えません。</p>                       |   |       |
| <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。</p>   |   |       |
| 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;<br/>         事業所紹介のパンフレットに写真やフリガナをつけて、分かり易くした資料を作成しています。事業所の利用希望者については、実習・見学受け入れ担当者が個別に丁寧な説明を実施しています。浜松特別支援学校の生徒など見学、体験入所、一日利用等の希望に対応していますが、利用希望者に対する情報提供は特に実施していません。また、以前は法人として市役所内の「チャレンジド・ショップ・わ」にバザーのチラシを置かせてもらっていましたが、現在は置いていません。</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;<br/>         福祉サービスの開始・変更については、その過程で利用者及び家族への説明と本人の意思確認を行い、利用者及び家族の同意を書面で残しています。また、作業所での流れについて、絵や写真を用いた資料を使い、分かりやすく説明しています。しかし、意思決定が困難な利用者に対しての説明や方法(ルール)については明文化されていません。</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;<br/>         利用前の事業所見学や実習を行い、利用希望者の意思を確認してから本利用に繋げており、本人に不利益が生じないように配慮されていることや、サービスが終了した後でも困った時に相談できるよう、どの職員も受け付けるよう周知されていました。しかし、他事業所への移行に係る手順書や引き継ぎ書及びサービス終了後の説明に係る文書については確認ができません。</p>  |   |       |
| <p>Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。</p>   |   |       |
| 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・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>         利用者満足度について、事業所としての担当者や委員会といった仕組みや定期的な調査、満足度を把握する目的での家族会の開催等はありません。しかし、家族との連絡ノートや送迎時のコミュニケーションにより情報収集や相談を受け、それを朝の連絡会等で職員と情報共有する等、利用者の満足について取り組んでいます。</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;<br/>         苦情解決の体制は整備され、家族へのフィードバックや苦情内容を朝の連絡会時に</p>   |   |       |

|  |  |       |
|--|--|-------|
| 職員に周知・検討し、サービスの質の向上に繋がっています。しかし、苦情解決の仕組みを説明した掲示物や苦情内容の公表については十分ではありません。  |  |       |
| 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>利用者より意見や相談があった場合は、部屋の調整や昼休み等休み時間の相談対応等状況に応じて柔軟に対応しています。しかし、意見や相談における説明文の作成や配布は実施していません。</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>利用者からの意見や相談内容について、迅速な対応が必要であればその場で判断や実行を行う等内容によって臨機応変に対応したり、朝の連絡会等で職員全体に周知し事業所内での情報共有をしています。利用者等からの意見の収集について、手順のマニュアルも整備しています。</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>リスクマネジメントについて、施設長を責任者とし委員会を設置しています。マニュアル等は就職時に説明し、いつでもその内容を確認できるところに保管しています。また、発生した事故等の事例について、原因分析や改善・再発防止策を検討し、連絡会や回覧で職員に周知しています。しかし、検討した再発防止策の効果についての定期的な評価や見直しは行われていません。</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>感染症における業務継続計画を策定し職員に周知し、感染症についての研修を定期的に行っています。感染のフロー図や健康管理、感染防止対策を明文化し、それに沿った対応を行っています。必要に応じて利用者及び家族、職員に注意喚起の文書を送付し、感染予防について全体に周知するための取り組みを行っています。</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>災害時における安全確保の取り組みについては、消防計画及びフロー図と緊急対応指示書を策定し、災害時の初動手順の他、利用者個々への細かな対応について明記しています。また、緊急連絡網を整備し、管理者を定めて備蓄の整備をしています。併せて、消防署や警察署の協力のもと、スモーク体験や不審者対応等、災害のみならず不測の事態における訓練も定期的に行っています。</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;<br/>         提供する福祉サービスの標準的な実施方法や利用者の尊重、プライバシー保護や権利擁護については重要事項説明書に明記し、それを職員にも配布し内容の説明や周知を図っています。また、法人の仕組みとして年1回面談を実施し、各職員の振り返りを行っています。</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;<br/>         福祉サービスの標準的な実施方法の見直しは、制度改正時や規定変更時に見直しや検証が行われています。しかし、個別支援計画の内容の反映や利用者及び職員の意見や提案が反映される仕組みであることを示すものは見当たりません。</p>   |   |       |
| <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。</p>  |   |       |
| 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;<br/>         個別支援計画は、利用者の意向把握と同意の手順を定め、必要に応じて他職員も含めたアセスメントや個別ニーズに基づいて策定しています。支援困難ケースの対応については、計画書により実施しています。しかし、提供される福祉サービス内容の確認については、必要に応じて実施していますが、その記録は確認できません。</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;<br/>         計画の評価・見直しについては、見直しを行う時期や手順を組織的な仕組みを定めて実施し、計画の変更がある場合は朝の連絡会で職員に周知しています。また、計画を緊急に変更する場合の仕組みも整備していますが、計画の見直しによる福祉サービスの質の向上に係る課題等については、そのようなケースが発生していないため、明確ではありません。</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  | 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;<br/>         利用者の身体状況や生活状況はアセスメントシートにより把握し記録され、個別支援計画に基づく支援が行われています。また、職員全体研修で生活支援記録法（F-SOAI）の研修が行われ、週1回のミーティングによる職員間の情報共有の他、ネットワークでつながれたパソコン上で必要な情報を閲覧できることにより、職員間で情報が共有化されています。</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;<br/>         利用者の個人情報について、法人内個人情報管理規定に則って管理されており、管理責任者が業務分掌で明確になっています。また、本人や家族に対して、説明と同意を得ています。個人情報保護について遵守するよう職員に対して教育し、職員も規定を理解していますが、遵守しているかの確認まではできていません。</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>利用者の特性に応じた支援計画が作成され、それに基づいた支援が行われています。主体的な活動や衣類等については、利用者とのコミュニケーションにより意向を尊重した支援が行われています。また、利用者同士の話し合いは随時行われており、必要に応じて職員が介入して必要な支援が行われています。利用者の権利については、法人内研修において職員が学ぶ機会を設けています。</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>法人内研修において、利用者の権利擁護について勉強会を行っています。権利侵害防止のための掲示など利用者への周知は十分ではありません。また、虐待等が発生した場合の行政への報告の手順や権利侵害が発生した場合の再発防止策等の検討や実践に係る明確な仕組みについては明文化されていません。</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>法人の基本理念に基づき、個別支援計画に基づいた利用者の自立に向けた支援に取り組んでいます。また、自宅及び作業所で行うチェックリストを利用者自身が記入し管理することで、生活の自己管理ができるよう支援しています。行政手続きや関連サービス等の利用に係る支援についても、相談があった場合は情報提供を行っています。</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>本人の仕草やジェスチャーの他、筆談や手話など選択肢を用意、提示しています。利用者の状況に応じて、様々な方法によりコミュニケーションが図られ、利用者の意向を汲む取り組みが行われています。また、必要に応じて補聴器の使用を促したり、絵を使用して利用者の意向を引き出す取り組みをしています。</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>利用者が職員に話したい時に話すことができる機会を個別に設けており、利用者の状態に合わせて絵や写真を見せる等必要に応じた対応を行い、利用者の意思で選択できる取り組みを行っています。また、利用者や家族の相談内容は関係職員との間で共有が適切に行われており、相談内容によって発生する支援の変化について、個別支援計画に反映したり、全体の調整を行っています。</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/> 複数の作業を用意して利用者が選択ができるように支援しています。また、施設の行事や地域の行事への参加については、利用者の意向に沿って実施しています。</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/> 利用者の障害特性や生活状況を連絡会等で情報共有を行い、職員は法人内研修や法定研修に参加し、その内容を翌日の連絡会で報告し情報を共有しています。行動障害のある利用者の特性に合わせて支援方法の検討や環境整備を行い、利用者の日々の状態に合わせて柔軟に対応しています。</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/> 食事については利用者の状態に合わせて食材を細かく切る等の対応をしています。排泄や移動についても、声掛けや誘導の他、必要に応じて付き添いや一部介助を行っています。</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/> 作業場所については、利用者の状況により臨機応変に作業場所を変更したり、利用者が作業場所内を安全に移動できるよう動線が確保しています。また、作業机には利用者が怪我をしないように必要に応じてスポンジが貼られています。作業場所は毎日の掃除の他、エアコンや加湿器により室温や湿度を適切に保っています。休憩時には利用者同士でコミュニケーションを取ったり本や新聞を読む等、思い思いに過ごすことができるように配慮しています。</p> |  |       |
| <p>A-2-(4) 機能訓練・生活訓練</p>   |  |       |
| A⑩   | 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。      | a・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/> 利用者が作業に集中して取り組むことができるよう話を聞く時間を設けたり、補助具を利用することで主体的に作業に取り組めるようにしています。また、個別支援計画にて利用者一人ひとりの計画を定めると共に、やることチェック表を用いて関係職員が連携して生活訓練を行っています。なお、やることチェック表は毎日職員が確認し、チェックの状況により検討や見直しを行っています。専門職を介しての機能訓練や生活訓練は行われていません。</p>  |  |       |
| <p>A-2-(5) 健康管理・医療的な支援</p>   |  |       |
| A⑪   | 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。 | a・b・c |

|  |   |       |
|--|---|-------|
| <b>&lt;コメント&gt;</b>  |   |       |
| 利用者は年2回の健康診断の他、トイレの時間や回数、運動の促しの声掛けや体調不良時の確認等により健康状態の把握を行っています。また、法人全体で利用者の健康管理についての研修を開催しています。体調不良時の医療機関等への対応については必要に応じて行われ、対応の手順についても職員間で共有しています。 |   |       |
| A⑫   | 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。 | a・b・c |
| <b>&lt;コメント&gt;</b>  |   |       |
| 医師・看護師の配置がなく医療的な支援は行っていませんが、必要に応じて服薬の確認を行い、家族からの依頼や除去食に対しては適切に支援しています。   |   |       |

|  |  |       |
|--|--|-------|
| A-2-(6) 社会参加、学習支援  |  |       |
| A⑬   | 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。       | a・b・c |
| <b>&lt;コメント&gt;</b>  |  |       |
| 事業所の行事として社会体験活動の実施や、移動支援の紹介等柔軟な対応が行われています。また、行事については、利用者への事前の調査や写真での情報提供により、利用者の参加意欲を高める取り組みをしています。  |  |       |
| A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援   |  |       |
| A⑭   | 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。 | a・b・c |
| <b>&lt;コメント&gt;</b>  |  |       |
| グループホームやショートステイの利用については、見学や体験を含めて利用者の希望を尊重した支援を行っています。また、地域生活における課題を関係施設等で情報共有し、事業所において必要な支援を行うことで、グループホームに移行できたケースもありますが、現在は地域の関係機関との連携等は行っていません。 |  |       |
| 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 |
| <b>&lt;コメント&gt;</b>  |  |       |
| 事業所と家族の間では、年1回の面談を行うとともに、連絡ノートなど家族の状況に合わせた方法で情報共有をしています。家族への報告や連絡ルールは重要事項説明書に明記し、同意を得ています。   |  |       |

## 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>利用者の障害特性等に合わせた作業を用意したり、補助具を使用して利用者の働く力や可能性を引き出す取り組みを行っています。また、利用者の特性に合わせた支援も工夫しています。</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>作業は利用者の状態に合わせて工程を切り分け、利用者がその日の作業を選択して行うことができるようにしています。また、工賃を引き上げるための取り組みとして、利用者の技術向上や協力企業との信頼関係の構築・維持の他、地域にチラシを配布して協力を得ています。労働安全衛生に関しては、重要事項説明書に明記するとともに、作業場所へのクッションの貼り付け等安全に配慮しています。</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>定期的に企業回りを行い、作業の受注先の拡大に努めるとともに、就職希望のある利用者については、ハローワークの紹介や実習への送り出しを行っており、実際に実習によって、就職につなげたケースもあります。また、就労先の事業所と連携し、働きやすい環境づくりを検討しています。</p>   |   |         |