

## 福祉サービス等第三者評価結果

## 総合評価

|       |                              |      |      |
|-------|------------------------------|------|------|
| 受診施設名 | 第二かめおか作業所                    | 施設種別 | 生活介護 |
| 評価機関名 | 特定非営利活動法人 きょうと福祉ネットワーク「一期一会」 |      |      |

令和 5 年 6 月 9 日

|     |   |
|-----|---|
| 総 評 | <p>第二かめおか作業所の運営母体である亀岡福祉会は1978年に市民の支援の中で誕生しました。メンバーの願いから出発した事業所はスタート当時から一貫してメンバー主体の姿勢を大切にされ事業活動の軸に据えています。共同作業所からスタートした事業所は法人の認可を受け、現在では相談支援事業所やグループホームなどの生活全般を支援するための事業所の整備も進めています。</p> <p>第二かめおか作業所の設立の経緯としては、かめおか作業所が定員超過の傾向にある事を受け、設立に向けた活動が発足しました。開設にあたっては、メンバーの行き場所を増やすだけではなく「願いを叶える場」としての機能を重視し、かめおか作業所との機能分化がなされました。現在は35名定員の生活介護事業として運営されていますが、開設当初からの想いを引継ぎ、比較的障害の重い人であっても「仕事ができる場」となるように創意工夫をしながら施設の運営がなされています。</p> <p>広いスペースが確保された2階建ての建物で個々の意向や障害特性に配慮した日中活動が行われています。「リサイクルグループ」では、ペットボトルやアルミ缶のリサイクルを活動としており、より自立的に効率よく作業活動が進められるように選別機やプレス機を導入するなど設備面での工夫がなされていました。また地域にステーションを設ける事や家庭に定期的リサイクル品の回収に行く事で地域との関わりを持つ機会を促進しています。スワヒリ語で「そのままでよい」という意味の「さわさわ」は加齢などによる身体面の変化に伴い従前からの作業に従事しにくくなったメンバーの「自分のペースで働きたい」という思いを具現化する事を目的とし、ヨモギの入浴剤などの自主製品の製作、地域の米穀店からの委託を受けて米袋のリサイクル活動などを実施されています。</p> <p>メンバーの自治会活動では会長、副会長、会計などの役割を選挙で選出し、職員と一緒に施設の行事や活動の内容を検討するなど、ここでも利用者を中心に据えた事業運営の姿勢を確認する事ができました。</p> <p>障害のある本人が活躍できる場という事に留まらず、支援が困難とされる人の受け入れに職員体制やハード面の整理や工夫に積極的に取り組む事で法人内にとどまらず圏域に対しても大きな影響力を発揮されています。今後、より施設の機能を強化されていく事を期待します。</p> |
|-----|---|

|                      |   |
|----------------------|---|
| <p>特に良かった点(※)</p>    | <p><b>I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。</b><br/>「かめおか福祉会ビジョン2025」は、ビジュアルイメージも作成され、関係者に周知が図られています。計画を推進するためのフローチャートを作成し、単年度の計画と連動を図り年間2回の総括時に進捗状況が確認されています。</p> <p><b>II-4-(1) ①障害のある本人と地域との交流を広げるための取り組みを行っている。</b><br/>理念、ビジョン2025に地域とのかかわり方についての方針が明示され、地域資源の活用が推進されています。法人でイベント（ハートフェスタ）を開催するだけでなく、日常的な作業や活動を通じて積極的に地域との交流の機会を設定されています。</p> <p><b>III-1-(3) ①障害のある本人のニーズの充足に向けた取組及び相談や意見を述べやすい環境を整備している。</b><br/>日常的な支援中に意向確認を積極的に行うと共にメンバーが発言できる機会を設定しています。確認したニーズへの対応は組織全体で迅速に取り組んでいます。また、「わくわくプラン」（個別支援計画）に関する面談が定期的（3回／年）に実施されています。</p>  |
| <p>特に改善が望まれる点(※)</p> | <p><b>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。</b><br/>イベント実施時には多数のボランティア参加の実績がありますが、受入れに関する基本姿勢やマニュアル等の整備が不十分な部分がありました。メンバーの個人情報保護等の権利擁護の視点でも整理をされる事が望ましいと考えます。</p> <p><b>III-2-(1) ① 提供する福祉サービスについて一定の水準を確保するための実施方法が文書化され福祉サービスが提供されるとともに見直しをする仕組みが確立している。</b><br/>方針と個別支援計画は整備されていましたが、一定水準以上の支援の質を担保するための「標準的な支援のマニュアル」が確認できませんでした。日々の支援の質を維持する事だけではなく、法人、事業所が大切にされてきた想いを正確に引き継いでいくためにも策定の検討をされてはいかがでしょうか。</p> <p><b>A-1-(2) ① 障害のある本人の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。</b><br/>虐待防止マニュアルが策定され、セルフチェックや研修の機会が設定されていましたが、しかし身体拘束に関する取り決めが一部不十分な内容でした。報酬改定でも論じられる「身体拘束等の適正化」にむけた取り組みは事業所運営においても職員を守る意味でも実施をされる事が必要と考えます。</p> |

※それぞれ内容を3点程度に絞って掲載しています。評価項目毎のコメントは「評価結果対比シート」の「自由記述欄」に記載しています。

# 京都府福祉サービス等第三者評価事業

[様式9-2]

## 【障害事業所版】

## 評価結果対比シート

|       |                                |
|-------|--------------------------------|
| 受診施設名 | 第二かめおか作業所                      |
| 施設種別  | 生活介護事業                         |
| 評価機関名 | 特定非営利活動法人<br>きょうと福祉ネットワーク 一期一会 |
| 訪問調査日 | 令和4年6月23日                      |

## I 福祉サービスの基本方針と組織

| 評価分類  | 評価項目                           | 通番 | 評価細目                      | 評価結果 |       |
|---|--------------------------------|----|---------------------------|------|-------|
|   |                                |    |                           | 自己評価 | 第三者評価 |
| I-1<br>理念、基本方針  | I-1-(1)<br>理念、基本方針が確立・周知されている。 | 1  | ① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。 | B    | A     |
| [自由記述欄]   |                                |    |                           |      |       |
| 1.法人理念は明文化されており、ホームページ等に記載されている。法人理念は、新任職員研修、職員研修でも定期的に確認する機会を作っている。ビジョン2025を推進するにあたり、利用者参画の下でビジョン推進委員会を組織し、理念に基づいたビジョンの推進にあっている。かめおか福祉会保護者会で理念、基本方針の周知・共有を行っている。 |                                |    |                           |      |       |

| 評価分類  | 評価項目                           | 通番 | 評価細目                                   | 評価結果 |       |
|---|--------------------------------|----|--|------|-------|
|   |                                |    |  | 自己評価 | 第三者評価 |
| I-2<br>経営状況の把握  | I-2-(1)<br>経営環境の変化等に適切に対応している。 | 2  | ① 法人として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。 | B    | A     |
|   |                                | 3  | ② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。              | B    | A     |
| [自由記述欄]   |                                |    |  |      |       |
| 2.管理職、主任が参加する経営委員会で財務諸表の見方を学ぶとともに、経営分析を行っている。月に一度開催される職員会議に法人の事務センターから事務局長が参加し、法人の経営状況の報告を行っている。セルフ協等の各種団体に参加し、福祉事業全体の動向について情報収集に努めている。また、自立支援協議会や法人内の障害者相談支援センター「お結び」から定期的に地域の状況について情報を得るとともに、支援学校との様々なやりとりの中で卒後の進路希望の動向などの種々の情報を得ている。<br>3.利用者の重度、高齢化、ニーズの多様化に合わせた対応の個別化が進み、職員の負担が年々増している。現在は職員の増員で対応しているが、建物の構造上の限界もあり、難しさを感じている。新しい生活介護事業所の拡充を検討中である。 |                                |    |  |      |       |

| 評価分類   | 評価項目                               | 通番 | 評価細目  | 評価結果 |       |
|--|------------------------------------|----|---|------|-------|
|  |                                    |    |   | 自己評価 | 第三者評価 |
| I-3<br>事業計画の策定   | I-3-(1)<br>中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。 | 4  | ① 法人として中・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    | A     |
|  |                                    | 5  | ② 中・長期のビジョンを踏まえた単年度の計画が策定されている。             | B    | A     |
|  | I-3-(2)<br>事業計画が適切に策定されている。        | 6  | 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    | A     |
|  |                                    | 7  | ② 事業計画は、障害のある本人等に周知され、理解を促している。             | B    | A     |
| [自由記述欄]  |                                    |    |   |      |       |
| 4.「かめおか福祉会ビジョン2025」に基づいて、計画を推進するためのフローチャートを作成し、年間に2回実施される総括の際に進捗状況を確認している。<br>5.経営委員会と法人事務センターで数値目標を設定している。法人の基本方針をもとに第二かめおか作業所の単年度実践方針を策定している。また、各グループごとに方針を策定し、それに基づいて日々の実践を行っており、年度末に総括を実施している。<br>6.方針策定→中間総括→年間総括を実施している。方針の共有と進捗状況の確認は職員会議で行っている。方針は職員、利用者が参画するビジョン推進チームを中心に策定している。<br>7.方針や進捗状況を利用者に説明する際には理事長が参加して行っている。 |                                    |    |   |      |       |

| 評価分類  | 評価項目                                  | 通番 | 評価細目  | 評価結果 |       |
|---|---------------------------------------|----|---|------|-------|
|   |                                       |    |   | 自己評価 | 第三者評価 |
| I-4<br>福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組  | I-4-(1)<br>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  | 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     |
|   |                                       | 9  | ② 評価結果に基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。 | B    | B     |
| [自由記述欄]   |                                       |    |   |      |       |
| 8.「施設・地域における障害者虐待防止チェックリスト」を利用して、全職員が自分の支援を毎月チェックしている。チェック結果は権利擁護委員会で集計し、分析を行っている。しかし、定められた評価基準に基づいた自己評価と第三課評価受診ができていない。<br>9.職員間で課題は共有化されているが、評価が行われていないため評価結果に基づいた取組が行われていない。 |                                       |    |   |      |       |

## II 組織の運営管理

| 評価分類                   | 評価項目                              | 通番 | 評価細目                                     | 評価結果 |       |
|------------------------|-----------------------------------|----|--|------|-------|
|                        |                                   |    |  | 自己評価 | 第三者評価 |
| II-1<br>管理者の責任とリーダーシップ | II-1-1(1)<br>管理者の責任が明確にされている。     | 10 | 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。       | B    | B     |
|                        |                                   | 11 | 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。           | B    | B     |
|                        | II-1-1(2)<br>管理者のリーダーシップが発揮されている。 | 12 | ① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組にリーダーシップを発揮している。 | B    | A     |
|                        |                                   | 13 | ② 経営の改善や業務の実行性を高める取組にリーダーシップを発揮している。     | B    | A     |

[自由記述欄]

10.キャリアパス制度一覧表に管理者の職責や求められる能力が明記されている。地域向けの広報誌に理事長の挨拶を掲載している。しかし、非常時、不在時の役割や責任、権限移譲について明確になっていない。  
 11.管理者は法令順守の観点での研修会や勉強会に参加している。安全運転講習を行っており、またハラスメントについての研修会の実施を検討している。また、法令の改正等についての情報については事務センターからの情報提供が行われている。しかし、法令のリスト化ができていない。  
 12.「施設・地域における障害者虐待防止チェックリスト」を利用して、全職員が自分の支援を毎月チェックしており、チェック結果を集計・分析している。また、管理者が支援現場に入ることも多く、日常的に支援の状況を把握している。グループ会議で出された職員の意見を各グループのCAPが管理者に伝え、対応を行っている。「とも育ち委員会」を組織し、職員育成に資する研修体制の構築を行っている。外部講師を招いた事例を検討を行い学習の場としている。  
 13.ケース記録の作成者1人を順番に回し、作成者は日中活動中に記録作成のための時間がとれるようにしている。効率の良い支援体制構築のために、年度途中でも職員配置や人数を変更するなど柔軟に対応している。

| 評価分類               | 評価項目   | 通番 | 評価細目  | 評価結果 |       |
|--------------------|--|----|---|------|-------|
|                    |  |    |   | 自己評価 | 第三者評価 |
| II-2<br>福祉人材の確保・養成 | II-2-1(1)<br>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 | 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    | B     |
|                    |  | 15 | ② 総合的な人事管理が行われている。                                | B    | B     |
|                    | II-2-1(2)<br>職員の就業状況に配慮がなされている。                  | 16 | 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。              | B    | B     |
| II-2<br>福祉人材の確保・養成 | II-2-2(3)<br>職員の質の向上に向けた体制が確立されている。              | 17 | ① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。                         | C    | B     |
|                    |  | 18 | 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。         | B    | A     |
|                    |  | 19 | ③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。                       | B    | B     |
|                    | II-2-2(4)<br>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 | 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。 | C    | C     |

[自由記述欄]

14.ビジョン2025に人材確保と育成に関する方針が定められている。育成については計画に基づいた研修等が行われているが、人材確保については計画に基づいた取組みが不十分である。資格取得のための費用面等での補助を行っている。亀岡市の施設協議会で人材確保にむけたチラシ、ホームページの作成等を行っている。  
 15.人事評価は実施していない。キャリアパス制度一覧表に各職位での職責や求められる能力が明確化されている。法人理念「社会福祉法人亀岡福祉会めざすもの」に職員が目指すべき3つの方針が定められている。就業規則に人事基準が定められており、キャリアパス基準が定められている。しかし、職員の職務成果や貢献度を評価する取組みができていない。  
 16.労務管理は施設長と事務センターが行っており、有給休暇等の取得状況も把握している。アニバーサリー休暇制度を設けている。NPO法人メンタルサポート京都の協力のもと、学習の機会を設け、メンタル状態やストレス耐性等のアンケートを実施している。京都府民間社会福祉施設職員共済会に加入し、総合的な福利厚生を行っている。職員との個別面談等の機会や、職員の悩みを相談できる仕組みが構築されていない。  
 17.期待する職員像は法人理念に基づき整理されている。職員育成に関する組織の方針や個別の目標設定は定められていない。  
 18.法人理念に期待する職員像を明示しており、とも育ち委員会を中心に年間の法人内部研修計画を策定し、階層別研修を中心に実施している。外部研修には職員全員が年に一回は必ず参加できるようにしている。  
 19.職員一人ひとりの知識や技術、適正を把握し、職員それぞれに合わせた研修に参加できるようにしている。研修に参加した職員は報告書を作成している。新任職員研修は計画的に実施しているが、OJTの仕組みは不十分である。  
 20.実習生受け入れに関する基本方針やマニュアル、プログラム等が策定されていない。実習受け入れのマニュアルは策定されている。

| 評価分類  | 評価項目                                | 通番 | 評価細目 |                                  | 評価結果 |       |
|---|-------------------------------------|----|------|----------------------------------|------|-------|
|   |                                     |    |      |                                  | 自己評価 | 第三者評価 |
| Ⅱ-3<br>運営の透明性の確保  | Ⅱ-3-(1)<br>運営の透明性を確保するための取組が行われている。 | 21 | 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。       | B    | B     |
|   |                                     | 22 | 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。 | B    | A     |
| [自由記述欄]   |                                     |    |      |                                  |      |       |
| 21.法人設立40周年の際に、地域の方等を500名ほど招いて開催した記念式典にて理念やビジョンの公表と説明を行った。第三者評価をしばらく受診結果や苦情、相談の体制、内容についての公表ができていない。法人の広報誌「ひまわり」を隔月に発行し、予算・決算・事業報告等を行っている。<br>22.事務、経理については事務センターが行っている。65:70監事による内部監査を実施している。法人で「亀岡福祉会 経理規定」として定められている。外部の税理士と契約し必要に応じ相談し経営に関する助言を得ている。労務士と契約し労働保険や労働関係の助言を得ている。外部監査は行政監査以外は受けていない。 |                                     |    |      |                                  |      |       |

| 評価分類   | 評価項目                            | 通番 | 評価細目 |  | 評価結果 |       |
|--|---------------------------------|----|------|--|------|-------|
|  |                                 |    |      |  | 自己評価 | 第三者評価 |
| Ⅱ-4<br>地域との交流、地域貢献   | Ⅱ-4-(1)<br>地域との関係が適切に確保されている。   | 23 | ①    | 障害のある本人と地域との交流を広げるための取組を行っている。               | B    | A     |
|  |                                 | 24 | 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。           | C    | C     |
|  | Ⅱ-4-(2)<br>関係機関との連携が確保されている。    | 25 | 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。 | B    | A     |
|  | Ⅱ-4-(3)<br>地域の福祉向上のための取組を行っている。 | 26 | ①    | 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。                    | B    | B     |
|  |                                 | 27 | ②    | 地域の福祉ニーズに基づき公益的な事業・活動が行われている。                | B    | A     |
| [自由記述欄]  |                                 |    |      |  |      |       |
| 23.理念、ビジョン2025に地域とのかかわり方についての方針が明示されている。ガイドヘルプサービスの利用につなげ、地域資源が利用できるように支援を行っている。法人でハートフェスタを開催し、地域と交流している。また、地域の協力のもと空き缶、ペットボトルの回収を行っている。作業活動で得た給料を地域の店などで使う「給料取組み」を実施している。<br>24.イベント実施に際しては100名ほどのボランティアが参加している。しかし、ボランティア等の受け入れに関する基本姿勢の明文化、受け入れに関するマニュアル等の整備、ボランティアに対する研修が不十分である。<br>25.関係者リストは法人で作成されている。「亀岡市社会福祉施設協議会」(高齢・保育分野も参画)に監事として参画している。個別のニーズに合わせて他法人や民生児童委員との連携を行っている。ショッピングセンターのフロアを借りて圏域の商品を販売するなどの取組みを実施している。<br>26.健診車を駐車するスペースとして活用してもらっている。地域からの要望には応じていく姿勢であり、新しく作る施設では地域交流スペースを設定予定。法人では地域活動支援センターを設置する事や地域のサークルや学習会等の交流の場に使用してもらっている。災害時の役割は明確にされていないが、新施設の構想に含まれている。スーパーと連携し、牛乳パックの引き取り、市立の小学校からペットボトルの回収を行っている。<br>27.夏祭りの実施時には地域のサークルが演奏できる機会を設定していた。地域の清掃を利用者の活動として取り組んでいる。活動を通じて地域ニーズの把握につなげ、活動の幅をより広げる事を検討中。自立支援協議会等、地域の会議の中で様々な声に触れる事に繋がっている。圏域の中で利用ニーズを把握し施設運営に生かす事や新規事業の展開を長期計画に含んでいる。 |                                 |    |      |  |      |       |

### Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

| 評価分類   | 評価項目   | 通番 | 評価細目 |  | 評価結果 |       |
|--|--|----|------|--|------|-------|
|  |  |    |      |  | 自己評価 | 第三者評価 |
| Ⅲ-1<br>本人本位の福祉サービス   | Ⅲ-1-(1)<br>障害のある本人を尊重する姿勢が明示されている。             | 28 | ①    | 障害のある本人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     |
|  |  | 29 | ②    | 障害のある本人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    | B     |
|  | Ⅲ-1-(2)<br>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 | 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。                | B    | A     |
|  |  | 31 | ②    | 福祉サービスの開始・変更にあたり障害のある本人(家族・成年後見人等含む)にわかりやすく説明している。 | B    | A     |
|  |  | 32 | 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    | A     |
| [自由記述欄]  |  |    |      |  |      |       |
| 28.「亀岡福祉会がめざしていること」を軸に研修を組み立てている。職員の行動に関する倫理綱領等の作成、一定の水準を維持するためのマニュアルの設定はなされていない。権利擁護委員会を設置し、セルフチェックと集計や虐待防止に関する研修等の取り組みを実施している。<br>29.プライバシー保護に関する規定類が策定されておらず、研修も未実施となっている。「亀岡福祉会虐待防止・権利擁護マニュアル」が策定され権利擁護の視点、対応方法の整理がなされ、職員に配布されるとともに研修が実施されている。設備面でもプライバシーに配慮した環境となっている。<br>30.事業所のパンフレットは相談支援事業所に配置され、ホームページもわかりやすく作成されている。利用希望者には見学や体験などの機会を設定している。<br>31.家族への説明に加えて、障害のある本人には見学をしてもらい、写真などを用いて説明を繰り返して行っている。利用の開始、変更時には利用契約書を以て確認している。個別支援計画は「わくわくプラン」という名称に変更し、より分かりやすい表現となるよう努めている。<br>32.変更時には相談支援事業所とも連携して引継ぎを行っている。引継ぎに関する所定の書式はないがフェイスシートを用いて情報の引継ぎをする手順となっている。サービス終了後にも必要に応じてフォローアップに努めている。 |  |    |      |  |      |       |

| 評価分類               | 評価項目   | 通番 | 評価細目   | 評価結果 |       |
|--------------------|--|----|--|------|-------|
|                    |  |    |  | 自己評価 | 第三者評価 |
| Ⅲ-1<br>本人本位の福祉サービス | Ⅲ-1-(3)<br>障害のある本人のニーズの充足に努めている。             | 33 | ① 障害のある本人のニーズの充足に向けた取組及び相談や意見を述べやすい環境を整備している。    | B    | A     |
|                    | Ⅲ-1-(4)<br>障害のある本人が意見等を述べやすい体制が確保されている。      | 34 | ① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。                     | B    | B     |
|                    |  | 35 | ② 障害のある本人からの相談や意見に対して把握する仕組みがあり、組織的かつ迅速に対応している。  | B    | B     |
|                    | Ⅲ-1-(5)<br>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。 | 36 | 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。      | B    | B     |
|                    |  | 37 | ② 感染症の予防や発生時における障害のある本人の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。 | B    | A     |
|                    |  | 38 | ③ 災害時における障害のある本人の安全確保のための取組を組織的に行っている。           | B    | B     |

[自由記述欄]

33.「わくわくプラン」に関する個別面談を(3回/年)実施している。日々の支援中でも意向に関する聞き取りを実施し、グループ会議で共有している。ニーズへの対応は迅速に実施している。毎月のメンバー会議の中で意見徴収を実施しているが、匿名のアンケート等は実施していない。家族とは日常的に連絡帳でやり取りを行い、ニーズの把握に努めている。利用者本人には班長会議、グループ会議で意見を発言できる場を設定している。

34.苦情解決の体制が整備されている。分かりやすい掲示物の掲示や意見箱等の設置はしていない。受付と対応に関する記録は確認できず、苦情の公表もされていない。受け付けた苦情に対する対策は迅速に行われ、質の向上につなげている。

35.意見や要望の対応に関するマニュアルは策定されていない。個別の空間を設定するなどの働きかけを適宜行い、意見や要望があった場合には適宜対応を行っている。

36.労働安全衛生委員会が組織され、ヒヤリハットの記述を促し、書式に沿って記録されている。記録は、「ヒヤリハット報告書」としてまとめられているが、分析や検討は実施できていない。事故対応の手順は周知されているが、マニュアルは確認できなかった。救命救急、安全運転の講習は法人全体で実施。日常的には毎朝の打合せで注意喚起を実施している。「暮らしの実態調査票」に健康や医療に関する情報がまとめられ緊急時に活用している。

37.労働安全衛生委員会と法人本部が中心となり感染症対策のマニュアルに加えて、「新型コロナウイルス対応事業継続計画」を作成し、状況に応じて更新している。感染症対応に関する学習会は1回/年、看護師も参画し開催している。障害のある本人には感染症に関する学習会を実施している。

38.発災時は、法人事務局が本部となり対応する事となっているが、詳細のマニュアルは策定されていない。事業所は洪水の指定地域ではない事は把握し、災害時対応BCPマニュアルを作成している段階。避難誘導訓練は消防の立ち合いのもと実施している。発災時の事業所としての方針は定められていない。中長期計画の中に法人防災検討チームの設置が掲げられ検討を始めている。

| 評価分類               | 評価項目  | 通番 | 評価細目   | 評価結果 |       |
|--------------------|---|----|--|------|-------|
|                    |   |    |  | 自己評価 | 第三者評価 |
| Ⅲ-2<br>福祉サービスの質の確保 | Ⅲ-2-(1)<br>提供する福祉サービスの一定の水準を確保するための実施方法が確立している。 | 39 | ① 提供する福祉サービスについて一定の水準を確保するための実施方法が文書化され福祉サービスが提供されるとともに見直しをする仕組みが確立している。 | B    | C     |
|                    | Ⅲ-2-(2)<br>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。      | 40 | ① アセスメントに基づく個別支援計画等を適切に策定している。   | B    | A     |
|                    |   | 41 | ② 定期的に個別支援計画に基づく評価・見直しを行っている。  | B    | A     |
|                    | Ⅲ-2-(3)<br>福祉サービス実施の記録が適切に行われている。               | 42 | ① 障害のある本人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。                          | B    | A     |
|                    |   | 43 | ② 障害のある本人に関する記録の管理体制が確立している。   | B    | B     |

[自由記述欄]

39.新任オリエンテーションでは職員としてあるべき姿などを伝えているが、一定の水準を確保するための実施方法は文書化されていない。

40.サービス管理責任者が中心となり個別支援計画を策定している。支援計画の策定にあたっては利用者本人との面談を複数名の職員が出席し実施している。サービス等利用計画の内容も確認しながら策定している。

41.「わくわくプラン」を作成し、年間3回の支援計画に関する面談の機会を設定している。同意欄には障害のある本人のサイン(書字が困難な方であっても直筆は可とする。)を得る手順としている。グループ会議で職員への周知がなされている。計画変更時は担当者が中心に修正を行う仕組みとなっている。胃ろうが必要な方が看護師不在の日に利用しただけでない事などの課題は計画にも反映させている。

42.支援計画に基づいた記録となるように取り組んでいる。記録方法の指導は新人職員研修で取り組んでいる。支援ソフト「福祉見聞録」を導入し、会議や通院時の情報として活用している。

43.個人情報保護等にかかる規定が定められておらず、記録の管理者が設置されていない。また、職員への教育、研修が行われていない。利用契約時に「個人情報使用同意書」を用いて説明し、同意を得ている。記録などの開示、保管について重要事項説明書で利用者に対する説明を行っている。

## A 障害のある本人を尊重した日常生活支援

| 評価分類           | 評価項目                      | 通番 | 評価細目                               | 評価結果 |       |
|----------------|---------------------------|----|------------------------------------|------|-------|
|                |                           |    |                                    | 自己評価 | 第三者評価 |
| A-1<br>支援の基本理念 | A-1- (1)<br>自立支援          | 44 | ① 障害のある本人の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。  | A    | A     |
|                | A-1- (2)<br>権利擁護          | 45 | ① 障害のある本人の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。  | B    | B     |
|                | A-1- (3)<br>ノーマライゼーションの推進 | 46 | ① 誰もが当たり前暮らしをさせる社会の実現に向けた取組を行っている。 | A    | A     |

44.利用者本人の発言を引き出す問いかけを行っている。高齢の利用者の「仕事をしたい」との意向を尊重して支援を続けている。生活に関わるルールは自治会で話し合う機会を設けている。法人内全事業所の自治会役員が集まる自治会も開催している。

45.自治会活動を通じて、自分たちのことを自分たちで決めるということについて学ぶ機会としている。権利擁護委員会が中心になって、虐待防止チェックの実施(月1回)と年1回の研修会を実施している。虐待が確認された際の対応について、虐待防止マニュアルにフローが策定されている。権利侵害が発生した場合には、職員会議で再発防止策等を検討している。しかし、やむを得ず行動を制限する際の具体的な手続きと実施方法、事前同意についての定めが明確になっていない。

46.複数の活動内容を準備し、利用者一人ひとりが力を発揮できるように支援を行っている。利用者のペースを尊重し、無理なくやりがいをもち活動に取り組めるように支援を行っている。ハートフェスタを開催し、地域への情報発信、地域住民と利用者が交流できる機会としている。

| 評価分類        | 評価項目                         | 通番 | 評価細目   | 評価結果 |       |
|-------------|------------------------------|----|--|------|-------|
|             |                              |    |  | 自己評価 | 第三者評価 |
| A-2<br>生活支援 | A-2- (1)<br>意思の尊重とコミュニケーション  | 47 | ① 障害のある本人(子どもを含む)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。 | B    | A     |
|             |                              | 48 | ② 障害のある本人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。                   | B    | A     |
|             |                              | 49 | ③ 障害のある本人の障害の状況に応じた専門的かつ多角的な視点から支援を行っている。              | A    | A     |
|             | A-2- (2)<br>日常的な生活支援及び日中活動支援 | 50 | ① 個別支援計画に基づく日常的な生活支援及び日中活動の支援を行っている。                   | A    | A     |
|             | A-2- (3)<br>生活環境             | 51 | ① 障害のある本人の快適性と安心・安全に配慮した環境が確保されている。                    | B    | B     |

[自由記述欄]

47.利用者の状況や障害特性に合わせて、絵カードや写真等を最大限に活用し、支援者の思いがうまく伝わるようにするとともに、利用者の意向を適切に理解できる様に努めている。作業活動の中で利用者同士の関わり、協力が生まれるような取組みを行っている。家族、支援学校の先生等、利用者の代弁者として協力を仰いでいる。

48.面談等の個別のやりとりを通じて利用者の想いを受け止める機会を設けている。意思決定の際には、絵カードや写真を用意して選択や決定がしやすくなるようにするとともに、回答を急かさず、利用者の意思決定を待つ姿勢を大切にしている。

49.グループ会議、CAP会議を通じて、利用者の状況について職員間の情報共有、支援方法の検討・見直しを行っている。送迎車の着座位置の調整等を利用者の状況に合わせて随時変更している。

50.嗜好調査を実施し、各利用者の嗜好、アレルギーの有無等について把握している。浴室がないため入浴支援は実施していないが、入浴の支援が受けられるよう、別事業所の入浴サービスが受けられるように支援を行ったケースが確認できた。利用者の状況に応じて、排泄・移動・移乗の支援を行っている。複数の作業活動を準備し、利用者の意向に合わせた取組みができるように配慮し、個別支援計画の見直しなどと合わせて日中活動、支援内容の検討見直しを行っている。

51.安心・安全・清潔に心がけて環境整備を行っているが、トイレの清潔の保持に課題を感じている。障害特性に合わせて、個別スペースを設けるなどの支援を行っている。

| 評価分類        | 評価項目                     | 通番 | 評価細目   | 評価結果 |       |
|-------------|--------------------------|----|--|------|-------|
|             |                          |    |  | 自己評価 | 第三者評価 |
| A-2<br>生活支援 | A-2- (4)<br>機能訓練・生活訓練    | 52 | ① 障害のある本人の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。          | B    | 非該当   |
|             | A-2- (5)<br>社会生活を営むための支援 | 53 | ① 障害のある本人の希望と意向を尊重した社会生活を営む力をつけるための支援を行っている。 | A    | A     |
|             | A-2- (6)<br>健康管理・医療的な支援  | 54 | ① 障害のある本人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    | A     |
|             |                          | 55 | ② 医療的な支援について適切に提供(連携)する仕組みがある。               | B    | A     |

[自由記述欄]

52.非該当

53.毎月受け取る給料で自分の好きな物を購入する取組みを通じて、お金の使いかたを学び、働く意欲を向上させる機会としている。また、ガイドヘルプサービスの利用に向けた支援を行っている。

54.55.排泄介助や必要に応じた血圧測定を通じて、健康状況の把握に努めている。週に2回看護師が勤務し、医療的対応を行うとともに、職員が看護師から医療面でのアドバイスを受ける事もある。利用者のかかりつけ医と相談し、必要なアドバイスを受けることもある。車椅子に長時間着座することによって血流が悪化した方には、医師によるアドバイスで1日のうち数時間は臥位で過ごすようにしたことがある。医療的対応について判断が必要な際には、施設長、主任に判断を仰ぐというルールが定められている。てんかん発作について、利用者個別に判断基準を定めたマニュアルを作成している。服薬管理をルールは決めて行っている。



| 評価分類        | 評価項目                           | 通番 | 評価細目   | 評価結果 |       |
|-------------|--------------------------------|----|--|------|-------|
|             |                                |    |  | 自己評価 | 第三者評価 |
| A-2<br>生活支援 | A-2-(7)<br>地域生活への移行と地域生活の支援    | 56 | ① 障害のある本人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    | A     |
|             | A-2-(8)<br>家族等との連携・交流と家族支援     | 57 | ① 障害のある本人の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。               | A    | A     |
|             | A-2-(9)<br>はたらくことや活動・生活する力への支援 | 58 | ① 障害のある本人の活動・生活する力や可能性を尊重した支援を行っている。           | A    | A     |
|             |                                | 59 | ② 障害のある本人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。        | B    | A     |

[自由記述欄]

56.様々な機関や家族と連携し、地域生活に必要な社会資源等に関する情報や学習・体験の機会を設けている。グループホームの利用等、地域生活への移行に際しては、利用者の意向を尊重し、他法人、機関とも連携して支援を行っている。  
57.家族とは連絡帳でのやりとり、保護者会(3か月に1度)の開催を通じて情報共有や意見の聞き取り、相談・助言を行っている。緊急時には家族への連絡・報告ルールを定めて連携を行っている。  
58.複数の活動が選択できるようにして利用者一人ひとりの意向を確認するとともに、利用者が持つ力が活かせるように支援を行っている。スーパーと連携した作業を行っている。  
59.作業内容や役割分担は利用者の障害特性等を配慮したものとなっている。工賃は「給与規定」をもとに説明した上で支払っており、毎月の工賃支給日に、明細書の内容を職員と一緒に確認し、説明している。半屋外作業場の空調整備など、労働環境の改善に努めている。

| 評価分類        | 評価項目            | 通番 | 評価細目                              | 評価結果 |       |
|-------------|-----------------|----|-----------------------------------|------|-------|
|             |                 |    |                                   | 自己評価 | 第三者評価 |
| A-3<br>就労支援 | A-3-(1)<br>就労支援 | 60 | ① 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。 | C    | 非該当   |

[自由記述欄]

60.非該当