

[様式 9 - 1]

## 福祉サービス等第三者評価結果

## 総合評価

|       |                   |      |               |
|-------|-------------------|------|---------------|
| 受診施設名 | ワークスおーい           | 施設種別 | 就労継続支援B型・生活介護 |
| 評価機関名 | 一般財団法人社会的認証開発推進機構 |      |               |

平成30年 4月27日

## 総 評

本事業所「ワークスおーい」は、生活介護及び就労継続支援B型事業が多機能型で運営され、利用者の状況に合わせ、障害者支援施設「かしのき」と共に行う生産作業と日中活動に分けて活動が行われています。

「障害のある人が、人として、主体的に尊厳のある生活を送り、その人らしく」という法人理念の中には、「安心して暮らすことができるように、ライフステージにそって必要な支援を提供する」という支援者側としての意識や職員の行動規範の基本に資する姿勢が読み取れます。

また、2017年度の事業計画の方針として、1. 人材確保と育成、2. 地域における公益的な取組、3. 事業活動の「見える化」「見せる化」など、社会福祉制度改革の流れにも沿った方針が掲げられ、第三者や多様なステークホルター（利害関係者）からも確認できるように示されています。

今年度内において初めて取り組まれた利用者アンケートの中では、理念などの周知・理解状況を把握するための項目を設けて実施された状況を聞き取ることができました。今後はその結果の集計・分析だけで終わることなく、具体的な改善プランの作成とその取組みにつなげられますことに期待が寄せられます。前回の第三者評価時からさらに生産活動の場を向上させ、安定的な受注が継続しているクリーニング作業や農園芸、清掃・施設外作業の他、近隣の住民からも利用率の高いパン製造と喫茶部門「Bakery Cafe Pastel」は、障害のある利用者特性を配慮したやりがいのある活動場面として、作業に取り組まれている様子を垣間見ることができます。ただ、障害のある利用者の高齢化に伴い、作業場面においても場面の変更や作業内容の見直しなど、ひと工夫必要なところが課題であると認識されています。

長年にわたり管理者として運営を担ってこられた施設長の交代を目前に控え、経営環境の把握や適切な経営、人材育成、中・長期ビジョンに基づく具体的な計画の推進を担うために設けられたガバナンス機関「総務部」が少しずつ、機能し始めている状況の説明を受けるとともに単年度事業計画書の内容からも確認することができます。また、入所施設「かしのき」との一体的な事業所運営を行うためにも、それぞれの特性や役割を認識しながら、制度からではなく、可能な限り利用者から支援内容を検討・提供していく姿勢を日常生活支援内容や入浴サービスの提供など、個別具体的な支援事例からも聞き取り確認することができます。今回、本第三者評価受診に際しては、自己評価への取組みの段階から組織全体として適切に現状を分析し、「できている、できていない」を明確にしながら自己評価に取り組んでいただいた状況を聞き取ることができました。また、前回の受診以降、必要なマニュアルなど、書類関係の整備にも取り組まれ、改善の足跡を見受けることができます。引き続き、利用者一人ひとりの障害特性、希望、支援内容の精査に努められ、PDCAサイクルを意識しながらマニュアルの見直しと活用を行い、利用者にとって主体的な生活、就労、社会参加の場づくりとなりますことを期待しています。

|                      |   |
|----------------------|---|
| <p>特に良かった点(※)</p>    | <p><b>I-1-(2)</b> 事業所ホームページ、パンフレット、事業計画書などに法人の理念及び基本方針を明記し、利用者及び役職員に対して継続的に周知している状況を確認することができます。今年度に初めて取り組まれた利用者アンケートでは、理念の周知状況の確認を行うなどの取組みが行われており高く評価できます。</p> <p><b>II-1-(1)</b> 法制度や経営環境を適切に把握し、運営に反映するために法人総務部を設置し、その位置づけと実施計画が明確に示されています。運営状況を分析し、その結果を法人が策定する中・長期計画及び単年度事業計画に落とし込まれている状況を確認することができます。</p> <p><b>IV-1-(1)</b> 意思伝達に制限のある利用者に対しては、その利用者固有の意思表示やサインに対して、対応できるよう日々の支援実践からの積み上げにより工夫されている状況を確認することができます。具体的にはP E C S（絵カードを使ったコミュニケーション手法=Picture Exchange Communication System）の活用やタブレットアプリを使ってコミュニケーションを図る取組みが図られています。</p> <p><b>IV-2-(1)</b> 事業所としての支援種別として、基本的に入浴支援は実施していないが、障害のある利用者の状況から判断により、入所施設部門の設備を利用して、週に3回程度入浴支援を行うなど、柔軟に対応している状況を確認することができます。</p> |
| <p>特に改善が望まれる点(※)</p> | <p><b>II-4-(1)</b> 事業所の裏側にある貯水池や建物の立地状況などからのさまざまな影響を意識して、災害時に予測されるリスクを想定したマニュアル整備が行われています。また、亀岡市と福祉避難所としての契約を交わしている取組み状況を確認することができます。</p> <p>しかし、事業所が被災した場合、速やかに障害のある利用者への連絡方法や支援体制、受け入れなどを行える仕組みに対しては、さらに検討と工夫が望まれます。</p> <p><b>III-4-(2)</b> 3年に1度の第三者評価を受診し、課題に対しては各種委員会を設け改善にむけて取り組んでいこうとする姿勢は見受けられますが、課題を明確にした上での取組みやその評価及び見直しに関しては再度工夫が求められます。具体的な取組みに対する成果をさらに意識した改善策となりますことを期待しています。</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 | 社会福祉法人松花苑 ワークスおーい |
| 施設種別  | 就労支援継続B型事業所       |
| 評価機関名 | 社会的認証開発推進機構       |
| 訪問調査日 | 2018年3月13日        |

## I 福祉サービスの基本方針と組織

| 評価分類                  | 評価項目                            | 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、基本方針が確立されている。     | ① 理念が明文化されている。  | A    | A     |
|                       |                                 | ② 理念に基づく基本方針が明文化されている。                                | A    | A     |
|                       | I-1-(2)<br>理念、基本方針が周知されている。     | ① 理念や基本方針が役員及び職員に周知されている。                             | A    | A     |
|                       |                                 | ② 理念や基本方針が障害のある本人(家族・成年後見人等含む)に周知されている。               | A    | A     |
| I-2<br>計画の策定          | I-2-(1)<br>事業計画の策定について          | ① 各年度計画を策定するための基礎となる中期(概ね3年)もしくは長期(概ね5年以上)計画が策定されている。 | A    | A     |
|                       |                                 | ② 事業計画の策定が組織的に行われている。                                 | A    | B     |
|                       |                                 | ③ 事業計画が職員に周知されている。                                    | A    | A     |
|                       |                                 | ④ 事業計画が障害のある本人(家族・成年後見人等含む)に周知されている。                  | B    | B     |
| I-3<br>管理者の責任とリーダーシップ | I-3-(1)<br>管理者の責任が明確にされている。     | ① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。                           | A    | A     |
|                       |                                 | ② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。                      | A    | A     |
|                       | I-3-(2)<br>管理者のリーダーシップが発揮されている。 | ① 質の向上に意欲を持ちその取り組みにリーダーシップを発揮している。                    | A    | A     |
|                       |                                 | ② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みにリーダーシップを発揮している。                | A    | A     |

### [自由記述欄]

I-1-(1) 理念についてはパンフレットやホームページに掲載されているほか、玄関入り口付近にも掲示されていることを確認した。また、基本方針についても、「重要書類集」や「重要事項説明書」に記載されていることを確認した。

I-1-(2) 職員などへの周知については、職員採用時には理念及び基本方針を掲載した「重要書類集」を配布し説明を行っていることを聞き取り、「職員の名札」の裏面にも理念が記載されていることを確認した。障害のある本人、家族・成年後見人などへの周知については、利用契約時に「パンフレット」、「重要事項説明書」を手渡し、分かりやすく説明していることを聞き取った。また、今年度から実施している「利用者アンケート」の中で、理念の周知状況についても項目が設けられていることを確認した。

I-2-(1) 中長期計画については「社会福祉法人松花苑中期ビジョン」で目標(ビジョン)を示され、中・長期計画が具体的な内容を盛り込んで策定されていることを確認した。事業計画の策定については、職員の振り返りなどをもとに策定されていることを聞き取り、「振り返りシート」等も確認できたが、事業計画の実施状況の把握・評価が年度終了時のみであったこと及びあらかじめ把握・評価の時期・手順を定める必要があったが定められていないことから自己評価AをBとした。事業計画の職員周知については、「チーム会議」「担当者会議」で説明を行っていることを会議議事録で確認した。利用者本人への周知については、事業計画の内容をどのように伝えるかが難しいという現実があり、利用者自治会への周知が出来ていないことから、「利用者アンケート」の結果も踏まえて、伝え方を今後も検討してみるとの説明を受け、評価をBのままとした。

I-3-(1) 管理者の役割と責任については、「キャリアパスと育成計画」の中に対応役職と役割が明記されているのを確認した。遵守すべき関係法令集については、リスト化されていることを確認したほか、施設外研修等を実施して、法令遵守の意識づけを行っていることも「研修参加一覧」で確認できた。

I-3-(2) 福祉サービスの質の向上については、職員との「育成面談」などを通して課題や改善点などを把握し、「チーム会議」「主任会議」などで共有していることを議事録や「職員育成面談記録及び意向調査票」で確認した。経営や業務の効率化と改善については、税理士や社労士に経営分析や業務の効率化などのアドバイスを受けている旨の説明を受けた。人員配置については、人員の確保が難しく、派遣に頼らざるを得ないとの状況を聞き取った。

## II 組織の運営管理

| 評価分類                             | 評価項目   | 評価細目   | 評価結果                                   |       |
|----------------------------------|--|--|--|-------|
|                                  |  |  | 自己評価                                   | 第三者評価 |
| II-1<br>経営状況の把握                  | II-1-(1)<br>経営環境の変化等に適切に対応している。                                    | ① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。                            | A                                      | A     |
|                                  |  | ② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見し、改善を行っている。                     | A                                      | A     |
| II-2<br>人材の確保・養成                 | II-2-(1)<br>人事管理の体制が整備されている。                                       | ① 必要な人材に関する具体的なプランが確立し、職員のやる気向上に取り組んでいる。             | A                                      | A     |
|                                  |  | II-2-(2)<br>職員の就業状況に配慮がなされている。                       | ① 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。 | A     |
|                                  | ② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。                                       | A  | A                                      |       |
|                                  | II-2-(3)<br>職員の質の向上に向けた体制が確立されている。                                 | ① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。                          | A                                      | A     |
|                                  |  | ② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取り組みが行われている。 | A                                      | A     |
| ③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行なっている。  | A  | A  |  |       |
| II-2-(4)<br>実習生の受け入れが適切に行なわれている。 | ① 社会福祉に関する資格取得のための実習生の受け入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取り組みをしている。 | A  | A                                      |       |
| II-3<br>個人情報の保護                  | II-3-(1)<br>障害のある本人等の個人情報を「個人情報保護法」に基づき適切に管理している。                  | ① 障害のある本人等の個人情報を「個人情報保護法」に基づき適切に管理している。              | A                                      | A     |
| II-4<br>安全管理                     | II-4-(1)<br>障害のある本人の安全を確保するための取り組みが行なわれている。                        | ① 緊急時(事故、感染症の発生時など)における障害のある本人の安全確保のための体制が整備されている。   | A                                      | A     |
|                                  |  | ② 災害時に対する障害のある本人の安全確保のための取り組みを行っている。                 | B                                      | B     |
|                                  |  | ③ 障害のある本人の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。                  | A                                      | A     |
| II-5<br>地域や家族との交流と連携             | II-5-(1)<br>地域との関係が適切に確保されている。                                     | ① 障害のある本人と地域とのかかわりを大切にしている。                          | B                                      | B     |
|                                  |  | ② 地域の福祉ニーズを把握し、事業所が有する機能を地域に還元している。                  | A                                      | A     |
|                                  |  | ③ ボランティア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                                      | A     |
|                                  | II-5-(2)<br>関係機関との連携が確保されている。                                      | ① 障害のある本人を支援するため、必要な社会資源や関係機関を明確にして連携している。           | A                                      | A     |
|                                  |  | ② 家族との定期的な連携・交流の機会を確保している。                           | A                                      | A     |

### 【自由記述欄】

II-1-(1) 事業経営を取り巻く環境把握については、中・長期計画の中で環境の変化について記述されていることを確認した。経営状況の分析と課題発見については、法人「総務部」の機能充実に努めていること及び、税理士や社労士による定期的な経営分析とアドバイスを受けているとの説明を受けた。また、改善すべき課題についてはチーフ会議を通して職員に周知していることを議事録で確認した。

II-2-(1) 人材とやる気向上については、「個別面談」や「意向調査」により職員の希望などを把握し、人員配置を行っていることを「職員育成面談記録及び意向調査票」により確認した。また、スキルアップのための補助制度があるほか、資格の有無と職種・役割との関係を「キャリアパス」で把握していることを確認するとともに、職員に資格取得を促していることを聞き取った。

II-2-(2) 職員の就業状況・意向などについても、「個別面談」や「意向調査」により把握していることを確認した。また、年休の取得については「有給休暇取得率表」により把握していることを確認、さらに、チーフ会議の中で安全衛生懇談会を実施し、ストレスチェック分析など働きやすい職場環境の検討も行っていることを議事録により確認した。職員の福利厚生と健康維持については、京都府の共済組合に加盟するとともに、施設側の補助による親睦会(歓送迎会や忘年会など)を行っている旨の説明を受けた。またインフルエンザの予防接種に補助を行うとともに、希望者には外部のカウンセラーを紹介する体制も整っていることを聞き取った。

II-2-(3) 職員の教育・研修に関しては中・長期計画の中にも明記しており、キャリアパスと育成計画を作成していることを確認した。また資格取得の助成制度があるとの説明を受けた。個別の職員の教育・研修計画についても、キャリアパスと育成計画に沿って必要な研修を受講させ、または、施設外での研修を促すなどの対応をしているとの説明を受けた。なお施設内外の研修については「出張復命書」や「施設外研修参加状況」でも参加状況を確認した。

Ⅱ-2-(4) 実習生の受け入れについては「教育実習の手引きと要領」があり、カリキュラムについてはその都度作成していることを確認した。

Ⅱ-3-(1) 障害のある本人の個人情報保護については「各種規程集運営編」の中に個人情報処理規定があるのを確認し、契約時には契約書の中に個人情報の取り扱いに関する同意書が有ることも確認した。さらに、職員に対しては、採用・退職時に秘密保持の誓約書を提出させていることを聞き取った。

Ⅱ-4-(1) 緊急時における安全確保の体制については、「安全管理マニュアル」「防災マニュアル」「外出マニュアル」が整備され、「緊急招集連絡網」も作成されていることを確認した。また、「かしのき拠点非常災害対策計画」も策定されていることをあわせて確認した。サービス提供中の病気や事故への対応としては、速やかに対応できるよう「健康調査票」が整備されていることを確認するとともに、家族などの共有・確認も行われている状況を聞き取った。

安全確保の取組みに関しては、「感染症対応マニュアル」、「事故発生後対応マニュアル」、「緊急招集連絡網」、「健康管理カード」が整備されていることを確認した。一方、障害のある利用者の外出・外泊・帰宅時での災害や事故については、ワークスおーいが通所であることから、どのように体制を整えればよいかは難しく、今現在は整備に至っていないことと、被災時の周辺事業所との連携についても、ネットワークは出来つつあるが、仕組みづくりには至っていないため、B評価のままとした。安全確保のためのリスクの把握と対策については、「ひやりはっと事故報告書」の中で改善策等も検討されていることが確認できた。

Ⅱ-5-(1) 地域とのかかわりについては「ベーカーリーカフェ」に地域の方が気軽に買いに来ることが出来ることを施設見学时に確認した。また、地域の住民が参加できる「看看楽市」や納涼大会を開催しているが、企画段階からの住民参加とはなっていない旨の説明を受けた。また、利用者の買い物や通院等日常的な活動については通所施設であるため家族が行っているのが実態であり、地域の社会資源を利用するように推奨することは難しいとの説明を受けた。以上のことから、B評価のままとする。地域の福祉ニーズの把握と地域還元については、「看看楽市」で福祉に関する相談コーナーを設けたり、就業支援セミナー（南丹圏域就業支援セミナー）を実施するほか、小学校に職員が講師として出向いたり、生徒向けの施設見学を実施している旨を聞き取った。なお、「南丹圏域就業支援セミナー」についてはちらしにより確認した。ボランティアの受け入れ体制については「ボランティアの受け入れについて」マニュアルと「ボランティアの皆様へ」という活動にあたってのお願い文書を確認した。

Ⅱ-5-(2) 関係機関との連携については、福祉事業所説明会の冊子「開けてガッテン」により連携が取れていることを確認した。家族との連携・交流については、日々の様子を伝えるための「連絡帳」を確認したほか、納涼大会や「看看楽市」、花火大会などに家族に参加してもらうなどの連携をしている旨の説明を受けた。

### Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

| 評価分類                      | 評価項目                                      | 評価細目   | 評価結果        |             |
|---------------------------|---|--|-------------|-------------|
|                           |   |  | 自己評価        | 第三者評価       |
| Ⅲ-1<br>サービス開始・継続          | Ⅲ-1-(1)<br>サービス提供の開始が適切に行なわれている。          | ① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。  | A           | A           |
|                           |   | ② サービスの提供を始めるにあたり障害のある本人等(家族・成年後見人等を含む)に説明し同意を得ている。  | A           | A           |
|                           | Ⅲ-1-(2)<br>サービスの継続性に配慮した対応が行なわれている。       | ① 支援内容の変更や暮らしの場の変更にあたり生活の継続性に配慮した対応を行っている。   | A           | A           |
| Ⅲ-2<br>個別支援計画の作成とサービス提供手順 | Ⅲ-2-(1)<br>障害のある本人のアセスメントが行なわれている。        | ① アセスメントとニーズの把握を行っている。   | A           | A           |
|                           | Ⅲ-2-(2)<br>障害のある本人に対する個別支援計画の作成が行なわれている。  | ① 個別支援計画を適正に作成している。  | A           | A           |
|                           | Ⅲ-2-(3)<br>個別支援計画のモニタリング(評価)が適切に行なわれている。  | ① 定期的に個別支援計画のモニタリング(評価)を適切に行っている。  | A           | A           |
|                           | Ⅲ-2-(4)<br>サービス実施の記録が適切に行なわれている。          | ① 障害のある本人に関するサービス実施状況の記録が適切に行なわれている。<br>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。<br>③ 障害のある本人の状況等に関する情報を職員間で共有化している。                   | A<br>A<br>A | A<br>B<br>A |
| Ⅲ-3<br>障害のある本人本位の福祉サービス   | Ⅲ-3-(1)<br>障害のある本人ニーズの充足に努めている。           | ① 障害のある本人ニーズの把握を意図した仕組みを整備している。  | A           | A           |
|                           |   | ② 障害のある本人ニーズの充足に向けた取り組みを行なっている。  | A           | A           |
|                           | Ⅲ-3-(2)<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。   | ① 障害のある本人(家族・成年後見人等含む)が相談や意見を述べやすい環境を整備している。<br>② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。<br>③ 障害のある本人(家族・成年後見人等含む)からの意見等に対して迅速に対応している。 | A<br>A<br>B | A<br>A<br>B |
| Ⅲ-4<br>サービスの確保            | Ⅲ-4-(1)<br>サービスの一定の水準を確保する為の実施方法が確立されている。 | ① 提供するサービスについて一定の水準を確保する為の実施方法が文書化されサービス提供されている。   | A           | A           |
|                           |   | ② 一定の水準を確保する為の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           | a           |
|                           | Ⅲ-4-(2)<br>質の向上に向けた取り組みが組織的に行なわれている。      | ① サービス内容について定期的に評価を行なう体制を整備している。   | A           | A           |
|                           |   | ② 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。   | B           | B           |

#### 【自由記述欄】

Ⅲ-1-(1) 利用希望者のサービス選択に際しては、ホームページや市役所、相談支援機関などに置かれているパンフレットに施設の紹介、事業所の情報やサービスの内容が記載されていることを確認した。また、圏域で事業説明会が開催され、希望者には随時施設の見学などが行われているとの説明を受けた。サービスの提供開始時(入所時)には、利用契約書、重要事項説明書を障害のある本人(家族・成年後見人等含む 以下同様)に対して理解しやすい工夫のもと説明していることを聞き取り、その際利用者同意の署名を得ていることを確認した。

Ⅲ-1-(2) 事業所や地域生活への移行の際には、「利用者の異動時の引き継ぎ事項」によって情報提供を行なう体制が整っていることを確認した。実態としては通所から他の事業所へ移行された方はここ数年はないとの説明を受けた。

Ⅲ-2-(1) アセスメントやニーズの把握については、本人や家族からの意向を反映した「アセスメントシート」によって年1回おこなわれていることを確認した。また、アセスメントシートをもとに、半年に一回、担当者会議でのモニタリングを通して状態の把握が行われていることが「議事録」及び「モニタリング記録表」で確認できた。実際には、介護・福祉事業者向け業務管理システム「福祉の森」により、モニタリング等が記録されている。

Ⅲ-2-(2) 個別支援計画は、本人の意向をもとにサービス管理責任者である主任が作成し、半年ごとに見直しを行うとともに、本人や家族の要望等により随時変更を行っていることを聞き取った。また、計画の作成にあたっては「個別支援計画作成マニュアル」があることを確認した。

Ⅲ-2-(3) 個別支援計画の評価(モニタリング)に関しては、毎月開催の担当者会議にて個別支援計画のモニタリングが行なわれていることが、会議の議事録で確認できた。モニタリングの内容の把握・共有は、「福祉の森」を活用することで行われ、会議等を通じて計画の見直しが行われることを聞き取った。

Ⅲ-2-(4) サービス実施状況の記録についても、「支援記録システム(福祉の森)」を利用して適切に行なわれていることを確認した。障害のある本人に関する記録の管理体制については、主任を責任者とし、「ワークスおい運営規程」の中に手続き規定の遵守、記録関係、保管方法一覧は確認できたが、明確な廃棄の規定が確認できなかったため、自己評価AをBとした。

Ⅲ-3-(1) 利用者の状況等の情報を職員間で共有するために、ミーティングでの情報や朝の連絡会議での確認事項を共有し、文書で各部署にも配布しているとの説明を受けた。また、パソコンの「支援記録システム(福祉の森)」を使って情報共有が行なわれていることを確認した。利用者のニーズを把握し、充足に向けて取り組むために「意見・要望・苦情などについての連絡票」を使用していることを確認するとともに、2017年度の「利用者アンケート」でもニーズの把握を行っているが確認できた。また、「利用者自治会」でも利用者の要望などが話し合われていることを「利用者自治会議事録」及び「通所自治会報告書」で確認できた。

Ⅲ-3-(2) 相談等の環境整備については、施設内には相談内容や利用者の状況に応じた相談室などがところどころに設置され、相談しやすい環境が整備されていることを施設見学で確認するとともに、どのような形で利用されているかの説明を受けた。また、「重要事項説明書」の中で相談などについての支援体制を明記するとともに、「意見・要望・苦情などについての連絡票」により、職員が聞き取った苦情や要望等を解決する仕組みも確立されていることを確認した。苦情解決の体制の周知・機能については、「苦情解決に関する規定」「苦情解決の体制について」「苦情解決の体制整備について」で確認するとともに、これまでの実績も確認することが出来た。利用者からの意見等への対応については、「意見・要望・苦情などについての連絡票の活用について」の文書が確認でき、意見や要望に応じる仕組みは概ねできているようであったが、その記録の方法や報告の手順と時期、対応策等をマニュアル化したといえるものは確認できず、連絡票の活用の見直しについても行われていなかったために、自己評価のBのままとした。

Ⅲ-4-(1) サービスの確保については、サービスの水準が「重要事項説明書」の中で示され、「業務の振り返りチェックシート」を活用するなどして、支援の一定の水準が確保できるように取り組んでいることが確認できた。サービスの一定の水準を確保するための方法や見直しについては、毎月行っている担当者会議やチーフ会議において検討し、課題の発見、共有、課題解決を行っていることを議事録において確認した。評価の体制については、主任会議やチーフ会議を通じて部署ごとの事業計画を振り返り、分析・検討していることを「事業報告」の各部署の実施計画評価で確認した。

Ⅲ-4-(2) 前回の第三者評価を受けた取り組みについては、課題が文書化されていなかったり、そのままになっているところも見受けられるため、B評価のままとした。

#### Ⅳ 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   | 評価細目   | 評価結果 |       |
|--|--|--|------|-------|
|  |  |  | 自己評価 | 第三者評価 |
| Ⅳ-1<br>障害のある本人を尊重した日常生活支援                    | Ⅳ-1-(1)<br>障害のある本人を尊重する取り組みがなされている。                      | ① 障害のある本人を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取り組みを行っている。(プライバシーへの配慮) | A    | A     |
|  |  | ② 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    | A     |
|  |  | ③ 障害のある本人の主体的な活動を尊重している。                                   | B    | A     |
| Ⅳ-2<br>日常生活支援                                | Ⅳ-2-(1)<br>清潔・みだしなみ                                      | ① 【入浴】入浴について障害のある本人(家族・後見人等含む)の希望を尊重したサービスが提供されている。        | A    | A     |
|  |  | ② 【衣服】衣服について障害のある本人(家族・後見人等含む)の希望を尊重したサービスが提供されている。        | A    | A     |
|  |  | ③ 【理美容】理美容について障害のある本人(家族・後見人等含む)の希望を尊重した選択を支援している。         | A    | A     |
|  | Ⅳ-2-(2)<br>健康  | ① 【睡眠】安眠できるように配慮している。                                      | A    | A     |
|  |  | ② 【排泄】障害のある本人の状況に合わせた排泄環境を整えている。                           | A    | A     |
|  |  | ③ 【医療】障害のある本人の健康を維持する支援を行っている。                             | A    | A     |
|  | Ⅳ-2-(3)<br>食事  | ① 【食事】楽しい食事ができるような支援を行っている。                                | A    | A     |
|  | Ⅳ-2-(4)<br>日中活動・はたらくことの支援                                | ① 障害のある本人の意思を尊重した日中の活動の取り組みを行っている。                         | A    | A     |
|  | Ⅳ-2-(5)<br>日常生活への支援                                      | ① 障害のある本人の意思を尊重した日中の活動の取り組みを行っている。                         | A    | A     |
| ② 事業所の外での活動や行動について障害のある本人の思いを尊重した取り組みを行っている。 |  | A  | A    |       |
| Ⅳ-2-(6)<br>余暇・レクリエーション                       | ① 障害のある本人の意思を尊重し、日常生活が楽しく快適になるような余暇・レクリエーションの取り組みを行っている。 | A  | A    |       |

**【自由記述欄】**

**IV-1-(1)** 利用者のプライバシー保護については、「利用者のプライバシー保護について」のマニュアルを確認した。また、重要事項説明書においてもプライバシーへの配慮について記載されていることを確認した。コミュニケーション手段の確保については、機能低下によって会話が難しい方にはPECS(絵カード交換式コミュニケーションシステム(Picture Exchange Communication System))を使用するなど、個々の利用者とコミュニケーションが図れるよう工夫を行っているとの説明を受けた。PECSは施設見学の際確認済みである。通番51利用者の主体的活動を支援する仕組みとして利用者自治会があり、担当職員支援のもと毎月一回開催するなかで、意見交換や交流が行われているとの説明を受けた。自己評価はBであったが、他事業所との交流を行っていることを聞き取ることが出来たため、自己評価をBをAとした。

**IV-2-(1)** 入浴に関しては、基本的には通所であるため入浴サービスは行わないが、入浴状況に課題のある利用者には週3回程度の入浴支援を行っている旨の説明があった。衣服については清潔な衣服を身につけているかを気をつけ、本人やご家族に働きかけをしていることを聞き取った。理美容については、現在は具体的な事例がないものの、外の理美容を利用するのが難しい場合などは訪問カットなども紹介しているとの説明を受けた。

**IV-2-(2)** 安眠への配慮については、利用者の発作など障害の状態を気をつけながら、連絡ノートや声掛けにより一緒になって考え、家族にも働きかけていることを聞き取った。排泄環境の整備については、利用者のプライバシー保護についての中で、「排泄介助」に関する記載を確認するとともに、トイレの清掃を清掃部が引き受け、オゾン水などで防臭対策を行うなど環境を整えていることを聞き取った。利用者の健康維持については、利用者の状態を常に気遣うとともに、年一回の健康診断及び急な状態変化などの場合は、隣接する花ノ木医療福祉センターで受診が可能であるとの説明を受けた。

**IV-2-(3)** 食事の提供に関しては、年に一回の「嗜好調査」や利用者からの要望などにより、栄養士、看護師、業者、職員などによるメニューの作成や見直し、改善が行なわれていることを聞き取った。また、昼食については週1回選択メニューを実施、温かいメニューは温かく、冷たいものは冷たい状態で配膳するなどの工夫がされていることを確認した。

**IV-2-(4)** 日中の活動については、利用者の状況や希望に応じてクリーニングⅠⅡ・清掃・農園芸・ベーカーリーの生産活動を行うほか、年齢や障害の程度に応じてリハビリや音楽、書道などのプログラムを提供していることが施設見学から確認できた。

**IV-2-(5)** 日常生活への支援については、通所であることから特別なプログラムを用意しているわけではないが、施設内の自販機やベーカーリーカフェバスターで買い物するなど自然な形で金銭の使用が出来るよう工夫を行っていることを聞き取った。事業所外の行動については、外出時には名刺サイズの「連絡カード」を利用者に持たせるなど安全確保や不測の事態に備えていることを確認するとともに、事業所外での活動や行動をサポートできる体制を整えているとの説明を受けた。

**IV-2-(6)** 余暇の過ごし方の支援、レクリエーションの取り組みについては、ガイドヘルパーやデイサービスなどを紹介するほか、年に1回、1泊、日帰り、行かないから選択できるようなイベント等を企画していることを聞き取った。