

[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 | 飛鳥井ワークセンター | 施設種別 | 就労移行支援・就労継続支援B型 |
| 評価機関名 | 一般社団法人京都社会福祉士会 | | |

2020年5月12日

| | |
|------------|--|
| 総 評 | <p>飛鳥井ワークセンターは、スーパーマーケットとの合築で、1階にスーパーマーケット、2階と3階に事業所があります。このようなスーパーマーケットと合築であることを活かし、1階のスーパーマーケットの中に専用店舗を設け、2階のパン工房で製造した焼き立てパンなどを販売しています。事業所の創設は1996年4月に、知的障害者通所授産施設からスタートし、2011年9月1日に就労移行支援事業・就労継続支援B型事業に移行しました。就労支援は、製パン課、企業提携課、調理配食課の3課に分かれ、企業や他のスーパーマーケットなどとも事業提携し、パンの製造販売事業、企業提携作業、昼食などの調理配食事業を行っています。また、利用者は他のスーパーマーケットや、障害者グループホームなどでも、パート就労に従事し、地域社会の一員として活動しています。事業所は、利用者の自己選択や自己決定を尊重し、自己実現に向けたサポートを行っており、事業の収益性の向上による賃金への反映や農業関係団体や中小企業家同友会と連携することで雇用先を開拓し、一般就労に繋げています。</p> |
| 特に良かった点(※) | <p>○職員の資質向上、資格取得 法人の「研修委員会」にて、研修体制が構築されており、職員の経験、キャリアなどに応じた一貫性のある研修がなされています。職員各自が、目標を持てるような仕組みがあります。</p> <p>○地域福祉の推進 法人の基本方針に地域福祉の向上が掲げられており、法人内の「地域推進委員会」が中心となり地域の事業所や学校などと連携を図っています。法人として取り組むことで、地域で生活する障害者への理解を深めています。</p> <p>○利用者本位の運営、活動 利用者のアセスメントにおいて、職員が気付いたことを支援記録に記載し、まとめる形での細かいアセスメントがなされています。また、モニタリング評価は支援計画と照らし合わせながら実施しており、何ができて、何ができていないかを明確にされ、その後の支援につなげられています。</p> |

| | |
|----------------------|---|
| <p>特に改善が望まれる点(※)</p> | <p>○職員への周知方法 職員への報告や伝達事項は、事務所の掲示や社内グループウェアソフトにて行っていますが、職員による確認の有無が分かる仕組みとはなっていません。既読確認ができる仕組みを構築されることを期待します。</p> <p>○各種マニュアルの更新 各種マニュアルを策定することにより、サービス提供は一定の水準が保たれていますが、マニュアルの定期的な見直しが不十分な面があります。各マニュアルの見直しの中で、マニュアルの統合も考えられては如何でしょうか。</p> <p>○文書の取り扱い 事業所で取り扱っている個人情報を外部に持ち出される機会において、持ち出し、返却などの取扱いが個人に任されています。文書取扱い規程を整備することにより、外部に持ち出した個人情報が返却されたかを明確にすることが求められます。</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 | 飛鳥井ワークセンター |
| 施設種別 | 就労移行支援 就労継続支援B型 |
| 評価機関名 | 一般社団法人京都社会福祉士会 |
| 訪問調査日 | 2020年1月29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 理念、基本方針 | I-1-(1) 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。 | A | A |

[自由記述欄]
 1. 法人理念に基づく基本方針を明文化し、ホームページやパンフレットに記載し、事務所やエレベーターホールに掲示しています。また、職員に対しては、月1回の全体会議にて、法人理念や基本方針を毎回確認しています。利用者、家族に対しては、事業説明会で事業報告書を配布して法人理念や基本方針を説明したり、利用者自治会の総会時に説明しています。

| 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 経営状況の把握 | I-2-(1) 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。 | A | A |
| | | 3 | ② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。 | A | A |

[自由記述欄]
 2. コスト分析や利用率などを分析して、各月ごとにまとめ、法人全体会議で報告しています。経営状況や社会福祉事業全体の動向を把握し、情報やデータを具体的に分析を行い、中・長期計画や年度計画に反映させています。
 3. 毎月、公認会計士の助言を受け経営状況の分析を行っています。経営状況や改善すべき課題について、事務所への掲示や社内グループウェアソフトにて、職員に周知しています。

| 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 事業計画の策定 | 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 | 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 | B |
| | | 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。 | A | A |
| | I-3-(2) 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。 | A | 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。 | A | A |

[自由記述欄]
 4. 法人理念や基本方針に基づき、中・長期的なビジョンを「マスタープラン」と「アクションプラン」として、作成してします。ただし、数値目標や具体的な成果等の設定が不十分な面があります。
 5. 中・長期計画を基に、単年度の事業計画を策定し、各作業課の売り上げ目標や数値目標を明確にしています。
 6. 各作業課のリーダーが、事業計画策定のための課題の把握や目標設定、評価、見直し等を行い、管理者が取りまとめています。職員全体ミーティングで、半期ごとの進捗状況を報告しています。
 7. 利用者等への事業計画の説明は見やすいように大きい文字を使い、漢字にはルビを付けて資料を作成しています。家族等へは連絡帳に書類を添付したり、半年に1回の面談で説明を行っています。

| 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 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) 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 | A |
| | | 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. 連絡帳や半年に1回の面談を通じて、利用者のニーズや課題を収集し、サービス向上委員会で改善に向けて取り組んでいます。また、第三者評価の評価基準を用いて、年に1回、事業所内自己評価を行うことで、サービス質の向上に取り組んでいます。
 9. 毎年、全職員にて第三者評価の自己評価を行い、課題を分析し、事業計画の改善に繋げていますが、評価し分析する期間を具体的に定めていません。

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 管理者の責任とリーダーシップ | II-1-(1) 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。 | A | A |
| | | 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。 | A | A |
| | II-1-(2) 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。 | A | 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。 | A | A |

[自由記述欄]

10. 管理者の役割や責任において、法人組織規程を策定し、法人組織図にて指揮系統を定めています。管理者不在時の権限委任等は「災害時対応マニュアル等で明確にしています。
 11. 関係法令リストをファイリングし、全職員が閲覧できるようにしています。また、社内グループウェアソフトにて、関係法令リストがあり、速やかに調べられる仕組みがあります。
 12. 管理者は、福祉サービスの質の向上に向けて、月1回のケース会議で日々の支援内容をテーマ設定し、職員からの意見を反映する仕組みを設けており、サービスが一定水準にできる様に取り組んでいます。
 13. 管理者は「働きやすい職場づくり検討会議」にて、職員が意欲的に業務に取り組めるように人事、労務、財務に関する分析を報告するとともに、経営改善の取り組みや適切な職員配置を行っています。また、職員に対して「働きやすい職場づくりアンケート」を実施し、意見を反映する仕組みも設けています。

| 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 福祉人材の確保・養成 | 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 | 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 | A |
| | | 15 | ② 総合的な人事管理が行われている。 | A | A |
| | II-2-(2) 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。 | A | A |

[自由記述欄]

14. 15. 「人材採用・育成特命チーム」や「働きやすい職場づくり検討会議」が中心となり、人材の確保・定着等に向けて、採用案内パンフレットの作成や配布などに取り組んでいます。管理者は「研修計画」や「キャリアアップレベルアップ指標」を用いて、配置、異動、昇進、昇格等を明確にしています。
 16. 「働きやすい職場づくり検討会議」が中心となり、ワークライフバランスの充実に向けて、有給休暇取得や定時退社を奨励しています。また、「健康相談24」にて、メンタルカウンセリングできる仕組みを作っています。

| 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 福祉人材の確保・養成 | 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 | ① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。 | B | 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。 | A | 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。 | A | A |
| | 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 | 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 | A |

[自由記述欄]

17. 毎年度、全職員が「キャリアアップレベル指標」を基に目標管理を行っています。管理者との個別面談で目標や研修計画を明確にしています。半年に1回、中間面談で目標の達成度などを確認し合っていますが、目標設定と目標達成の期間設定や達成度の確認が不十分な面があります。
 18. 研修等の案内は事務所に掲示したり、社内グループウェアソフトで案内し、職員の希望の研修に参加できるようにしています。また、管理者は研修計画の確認や見直しを行っています。
 19. 職員は「キャリアアップレベル指標」をもとに自らが作成した研修計画に基づき、研修等に参加しています。
 20. 「実習担当者マニュアル」を整備し、実習生を受け入れています。実習生のオリエンテーション時には、「実習の手引き」を用いて、留意事項を伝えています。実習指導担当者は研修会や受け入れ学校の学習会に参加しています。

| 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 運営の透明性の確保 | 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 | 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 | A |
| | | 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。 | A | A |

[自由記述欄]

21. 法人ホームページや広報誌「Heart&Hand」にて、法人が提供している福祉サービスの状況や事業報告、次年度の事業計画についてを公開しています。また、第三者評価を受診した結果や事業所としての取り組み、利用者などから寄せられた苦情、要望についての取り組みも公表しています。

22. 組織規程や経理規程、経理規程職務分掌表を整備し、組織規程に各職員の職務分掌や業務分掌を明確にしています。また、月に1回は公認会計士により経理面について適正な処理が行われているかのチェックを受け、経営面についての改善のアドバイスも受けています。

| 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 地域との交流、地域貢献 | Ⅱ-4-(1) 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。 | A | 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。 | A | A |
| | Ⅱ-4-(2) 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。 | A | A |
| | Ⅱ-4-(3) 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。 | A | A |
| | | 27 | ② 地域の福祉ニーズに基づく公益的な事業・活動が行われている。 | B | A |

[自由記述欄]

23. 地域各種団体との連携を通じて、利用者の活動に取り組んで地域との結びつきを強めています。地域の行事や活動への参加を希望する利用者に対して、ガイドヘルパーやボランティアの活用支援や引継ぎを行っています。また、毎年、事業の一環として、地元小学校の児童が施設を訪問し、交流を図っています。

24. ボランティアの受け入れにあたっては、ボランティア担当者がオリエンテーションを行っています。また、「ボランティア活動のしおり」にて、基本姿勢を明示しています。利用者が地域行事に参加する場合は、ボランティアの協力を得ています。

25. 自立支援協議会や就労移行支援事業所ネットワーク会議に参加し、関係機関との連携を図る中で、地域にある社会資源のリストを策定し、地域での課題などを把握、関係機関を情報共有しています。また、利用者が卒業した支援学校と連携することで、利用者の卒業後の福祉サービスや学びの連携強化を図り、地域生活が円滑にできるように支援しています。

26. 年に1回「飛鳥井まつり」を開催しています。地域住民、各種団体、専門学校生等の参加があり、地域の祭りとして定着してきており、障害者への理解の促進につながっています。法人として近隣の大学生や地域市民向けに、ガイドヘルパー養成研修を実施しています。また、「こども110番」としての指定も受けており、地域での安心生活の一端を担っています。

27. 地域自立支援協議会に参加し、民生委員などとの情報交換を行い、地域での課題がある場合は関係機関との連携を図り、課題解決に向けて取り組んでいます。また、中学生のチャレンジ体験や司法修習生の実習を受け入れています。

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 本人本位の福祉サービス | Ⅲ-1-(1) 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 | A |
| | | 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。 | A | A |
| | 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 | 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 | 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 | B |
| | | 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。 | A | A |

[自由記述欄]

28. セルフチェックシートを活用して事業所自己点検を実施し、分析結果や改善すべき点などを法人全体会議で報告しています。法人全体研修で、外部から講師を招いて人権や権利擁護についての研修を行っています。福祉サービスの一定水準の確保に向けて「業務遂行基準」や「利用者支援サービス実施方法について」を策定し、利用者への支援に繋がっています。

29. 「プライバシー保護マニュアル」、「業務遂行基準」、「虐待事案発生時対応マニュアル」を策定し、利用者の特性に応じた個別支援を行っています。法人の「サービス向上委員会」での取り組みとして、不適切な事例の「ちょっと待って」などの言葉を使わないなど接しかたマニュアルを策定し、職員全体に周知しています。

30. ホームページや写真、イラストを使った分かりやすい事業所紹介パンフレットを作成しています。見学や体験利用の希望があった場合は断ることなく応じています。体験利用ではおおよそ3日間、事業所で過ごしてもらい、施設の状況、生活への理解を深めてもらうようにして、サービス利用や就労につなげるように努めています。事業所を紹介したパンフレットなどを社会福祉協議会や官公庁の窓口に備え置いています。

31. サービス利用開始にあたっては、利用者にわかりやすいように書類にはルビをふった文字を使用する等の配慮をしています。また、説明をする時には「利用者支援サービスの実施方法」を定めてルール化し、丁寧に行っていますが、数年同じ内容で、資料の更新が出来ていません。

32. 他の福祉施設や在宅への移行にあたっては、相談支援事業所との連携を図り、継続したサービスが提供できるように引継ぎ文書を作成しています。特に、利用者の特性や医療情報などにおいて、確実に引き継ぎができるように対処しています。

| 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 本人本位の福祉サービス | Ⅲ-1-(3) 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。 | A | A |
| | | 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。 | A | A |
| | Ⅲ-1-(4) 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。 | 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 |
| | | 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 |
| | 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 | 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 | B |
| | | 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. 苦情、要望などを含む利用者満足度調査を毎年1回、実施しています。結果については、利用者、家族との面談時に書面を用いて、報告しています。意見箱を事務所受付付近に設置し、普段から利用者が意見を言えるように配慮しています。また、利用者が一堂に会する食事の時間には、職員が利用者との会話の中で要望等を聞き取り、その都度対応するようにしています。年2回は職員と利用者の個別面談を実施し、ニーズの把握に努めています。

34. 法人苦情解決体制を整備して、対応しています。利用者や家族との面談を行う中で、ニーズの把握を聞き取り、対応するよう努めています。内容については利用者、家族の了解を得た上で公表しています。また、内容によっては、個別支援計画や事業計画に反映することもあります。

35. 相談、意見、要望等が利用者や保護者からあれば、速やかな対応を心掛け、サービス提供の質の向上を図っています。マニュアルに基づく対応を行い、記録を作成しています。ただし、定期的なマニュアルの見直しや更新が行えていません。

36. リスクマネジメント委員会を中心に、ヒヤリハット事案を毎日の申し送り時に報告をしています。一月に10件程度の時もあり、起こった原因を分析し、対策を立てています。健康管理に関する利用者の一人ひとりの「ライフデータ」を作成し、職員間での共有化を図っています。緊急時対応マニュアルを策定していますが、定期的な見直しや更新が行えていません。

37. 感染症発生時の対応については、対処の記録等を通じて職員間で情報を共有しています。また、利用者の特性に応じた情報提供、対応について工夫を図っています。感染症対応マニュアルを策定していますが、見直しや更新が行えていません。

38. 事業所で「警報発令時に於ける臨時休業及び途中帰宅について」を策定し、利用中の非常災害についてはこれに基づく対応を行っています。消防署指導のもと避難訓練は実施していますが、地域住民等と連携した防災訓練などは行っていません。

| 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 福祉サービスの質の確保 | Ⅲ-2-(1) 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 | B |
| | 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。 | 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。 | A | 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) 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。 | A | 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。 | A | B |

[自由記述欄]

39. 各種の業務マニュアルを策定し、マニュアルに基づいてサービス提供を行っています。利用者個人の変化に応じて職員間で情報の共有化を図り、変化があった場合には事業所内で話し合い、その都度変更しています。各種の業務マニュアルを策定していますが、定期的な見直しや更新は行えていません。

40. 個別支援計画は、相談支援従事者のケアプランをもとに利用者や保護者の思いや意向をサービス担当者会議の場で聴取して、担当職員、サービス管理責任者、策定責任者が連携して作成しています。また、個別支援計画書の達成度合いの確認や内容のチェックを行いながら支援を行っています。

41. 個別支援計画等作成マニュアルに基づき、個別支援計画の作成や変更を行っています。個別計画は、職員一人ひとりのパソコンで確認することができます。

42. 事業所で統一した書式にて、支援内容や経過の記録を行っています。「記録の書き方マニュアル」に基づき、記録の書き方を統一しています。サービス提供状況等については、毎日の申し送りやケース会議で共有しています。

43. 個人情報の取り扱いについては、利用者、家族から同意書を得ています。個人情報保護や記録の管理について、年1回研修を行っています。「個人情報管理規程」にて、保管、保存、持ち出し、破棄、情報の共有を定めていますが、外部に持ち出した際に個人情報書類が返却されたかの記録がありません。

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 支援の基本理念 | A-1-(1) 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) 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。 | A | A |
| | A-1-(3) ノーマライゼーションの推進 | 46 | ① 誰もが当たり前前に暮らせる社会の実現に向けた取組を行っている。 | A | A |

[自由記述欄]

44. 行事への参加不参加は個人の意思を尊重し、個別支援計画に支援経過を記録しています。店のメニューを目で見えて選択できるようにしている。喫煙場所や携帯電話等金銭管理を含めルールの説明を行っています。

45. セルフチェックシートを使用して、自己を振り返る機会を設けています。また、チェックシートの分析を行い、分析結果を全体研修で、検討しています。接し方マニュアルにて、利用者の理解・自己決定についての研修を行っています。

46. 障害の特性に応じた環境整備として、ついたてやホワイトボードの活用、職員配置の工夫を行っています。個々の特性に合わせて、内部での作業や外部販売等を選択できるように取り組んでいます。ノーマライゼーションの推進として、発達障害のビデオ研修や、人権学習の一環として、小学校3年生に知的障害のある方と一緒に生活することについて話をする機会を設けています。

| 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 生活支援 | A-2-(1) 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。 | A | 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。 | A | 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) 日常的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生活支援及び日中活動の支援を行っている。 | A | A |
| | A-2-(3) 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。 | A | A |

[自由記述欄]

47. ホワイトボードの活用や作業内容の視覚化、メールのやり取りなど、利用者の特性に応じたコミュニケーションの取り方を工夫しています。
 48. 利用者の意思を尊重する支援相談等において、日常的に声かけを行い、年2回の個別面談を通じて、個別に相談できる機会を設けています。事務所前に、各作業チームの職員氏名と顔写真を掲示しています。
 49. 障害特性に関する外部講習を受け、受講した内容を職員会議にて、伝達研修しています。利用者の不適応行動などを把握した場合は、職員会議や全体ミーティングで報告し、共有を図っています。
 50. アレルギー対応や食事量の調整、トイレへの付き添いなど、個々に合わせた支援を行っています。入浴や清潔面で問題がある時は、自宅での様子を聞き取り、自宅できていない部分は居宅支援につなげています。
 51. 快適性と安心・安全に配慮した環境の確保について、リスクマネジメント委員で改善策を検討し、月1回の全体会議で報告して周知しています。休息場所の配慮として、静かな場所を好む利用者には医務室を使用してもらっています。

| 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 生活支援 | A-2-(4) 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。 | | |
| | A-2-(5) 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) 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. 機能訓練・生活訓練として金銭管理や買い物等個別に練習の機会を設け、アドバイスをしています。外出や宿泊を伴うコンサートの手続き、交通手段の選択等一緒に行っています。地域のお祭りに出店したり、大学等の授業に利用者が出席し当事者の声を届けています。
 54. 年1回、内科検診と歯科受診を実施することで健康状態の把握に努めています。また、月1回、精神科医が施設に訪問し、希望者の相談に応じています。
 55. 看護師等の配置はありませんが、医師等と連携し、疾患のある方に対してフォロー体制は確立しています。服薬管理ができない利用者については、薬を事務所で預かり食事提供時に配薬し、服薬確認を行なっています。

| 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 生活支援 | A-2-(7) 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) 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) 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。 | A | A |

[自由記述欄]

56. 地域生活への移行や地域生活のための支援では、施設内の和室で職員と宿泊し、その後ショートステイの利用につながったケースがあります。グループホームに職員が同行して見学したり、転居先の検討や買い物への同行などの支援を行っています。
 57. 連絡帳や電話、訪問時に利用者の様子を家族に伝えています。体調不良時や急変時の報告・連絡は明確にしています。年2回の個人面談は家族も同席しています。家族会が組織され、家族会主催の交流会を年2回開催しています。
 58. 4つの作業チームがあり、所属先は利用者、家族の意向を踏まえて決めています。利用者が作業等に自信が持て、成功体験が積めるように支援しています。短時間の雇用の支援において、農業関係団体やスーパー、中小企業家同友会と連携し会議に参加することで、ネットワークを広げ、就労に繋げています。
 59. 4つの作業において、利用者の適性に応じた強みを活かして取り組めるように所属先を決定しています。作業活動によって得た利益は「工賃支払い規定」に基づき、工賃を利用者に支払っています。作業によってポイント制で給料に反映しています。腰痛予防や身体面への配慮から、定期的な小休憩を取り入れています。

| 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 就労支援 | A-3-(1) 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。 | A | A |
| [自由記述欄] | | | | | |
| 60. 農業関係団体や中小企業家同友会、ハローワーク等と連携することで雇用先を開拓したり、企業に利用者の障害特性を説明に行くことで、就職活動や職場定着に繋がっています。 | | | | | |