

[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 | つばさ | 施設種別 | 就労継続支援 B 型事業所 |
| 評価機関名 | 一般社団法人京都社会福祉士会 | | |

令和 4 年 3 月 1 日

| | |
|------------|---|
| 総 評 | <p>社会福祉法人久美の浜福祉会は、1990年6月に久美浜町の委託により、無認可久美浜共同作業所として旧佐濃北小学校の校舎を利用して、利用者8名、職員2名で事業を開始され、2003年8月には社会福祉法人久美の浜福祉会として法人認可されました。</p> <p>久美浜共同作業所の開設当初からの「人間尊重の理念」を基に、労働を通じた利用者の社会的自立を目的として運営されており、夢と希望が持てる障害福祉の充実を図ることに加え、バザーや資源回収等を通じた地域住民との交流や、久美浜町の特産品や農産物の出荷準備や販売を行う等、農福連携に取り組むことで地域の活性化にも寄与されています。また、障害のある本人の能力が発揮でき、仕事の多様性を創出する目的で令和3年4月に、新たな就労継続支援B型事業所「杜の散歩道」を開設されました。</p> <p>今後も地域と共に長く発展されるよう、活動に期待したいと思います。</p> |
| 特に良かった点(※) | <p>○研修と育成計画</p> <p>計画に基づいた人材確保や育成が行われています。就職後の資格取得支援として、勤務調整や受講費用等の助成を行っています。また、定期的に伝達共有研修や事例検討会を実施しており、職員の質の向上に努めています。</p> <p>○地域貢献</p> <p>資源回収やバザーの他、地域に向けて事業所スペースの貸し出しや、地域の要望を受けて支援学校高等部の児童の日中一時支援事業を計画し実施する等、事業所の拠点としている久美浜町と密接に関わり、日々地域貢献活動に取り組んでいます。</p> <p>○個別支援計画の策定</p> <p>利用者の状態や意向を十分に踏まえた計画書の策定の為に、複数の職員でアセスメントを行ったり、年に1回、または利用者の状況に応じて家庭訪問を実施したりすることで、家族の意向も聴取し、計画書に反映させています。組織的に確立された仕組みの元、個別支援計画が策定されています。</p> |

| | |
|---------------------------|--|
| <p>特に改善が 望まれる点(※)</p> | <p>○中長期計画の策定 単年度事業計画は、職員参画の元策定されていましたが、中長期計画はありませんでした。今後、法人の特性を活かした事業展開、地域の福祉の充実と発展の為にも安定的・継続的な施設経営が求められ、中長期計画の策定は必要不可欠と考えます。本評価時点では、策定途中の段階でしたが、今年度中には完成予定とのことでした。</p> <p>○苦情対応 苦情解決の体制が整備されており、苦情対応に関する手順も規定により定められていますが、平成29年を最後に、苦情を受け付けていない状況とのことでした。苦情についての定義の見直しと、広く意見を収集しやすい仕組みづくりについて検討して頂けることを期待します。</p> <p>○業務マニュアルの策定 理念や基本方針が明示されており、周知・理解に対する取り組みも行っておられましたが、一定の水準を示すマニュアルが策定されていませんでした。組織内で共通理解のもと実施する福祉サービスの質の担保が望まれることから、業務マニュアルの整備は必要なものと考えます。</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 | つばさ |
| 施設種別 | 就労継続支援B型事業所 |
| 評価機関名 | 一般社団法人京都社会福祉士会 |
| 訪問調査日 | 令和3年10月28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。 | B | A |
| [自由記述欄] | | | | | |
| 1. 「わたしたちのめざすもの」として理念を明文化しており、ホームページに掲載し周知を図っています。年度はじめの4月、5月の家族会において、利用者や家族に向けて事業計画や行事計画を伝えています。 | | | | | |

| 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。 | B | B |
| | | 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. 京丹後市の実施する自立支援協議会の経営者部会や、京都府北部の6福祉会において地域の福祉状況を把握・分析をしています。また、令和2年度3月から全国社会福祉法人経営者協議会の会員となり、福祉の動向を把握しています。ただ、データ分析を反映した中・長期計画は策定できていません。 3. 運営会議を週1回、職員会議を毎月2回実施し、事務部門から収支報告を行っています。また、具体的な課題も明らかにしています。 | | | | | |

| 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 | C |
| | | 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 | C |
| | 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。 | 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 | B |
| [自由記述欄] | | | | | |
| 4. 中・長期計画は策定していません。事業計画に中・長期計画策定を挙げており、職員参画のもと今年度中に計画を策定する予定です。 5. 中・長期計画は策定していない為、単年度計画は作成していますが、具体的な数値目標は定めておらず、行動計画になっています。 6. 事業計画の策定は施設長が原案を提案し、運営会議にて検討、職員会議、理事会に諮り、職員参画のもと策定しています。年度初めに職員会議で事業計画の読み合せを行い、職員への周知・理解を図っています。 7. 利用者や家族への周知の機会として、家族会を年4回開催しており、4月、5月に家族会において周知していますが、今年度はコロナ禍で実施していません。事業計画の配布はしてはいますが、利用者が理解しやすい工夫は行えていません。 | | | | | |

| 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 |
| 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。 | B | 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. 運営会議を週1回、職員会議を月2回、支援調整会議を月2回と、事業所会議を月1回実施し、サービスの質の評価を行い質の向上を図っています。第三者評価は法人の実施する事業毎に定期受診しています。 9. 各部門ごとの会議にて評価結果の周知や課題共有をしています。中・長期計画策定や規程の整備等、前回指摘事項の改善実施が行われていません。 | | | | | |

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。 | B | B |
| | 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。 | 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. 年4回発行する作業所だよりにおいて、定期的に施設長の挨拶等を掲載しています。社会福祉法人久美の浜福祉会管理規程により、責任や役割等を明記しています。
 11. 令和2年3月より全国社会福祉経営者協議会に入会し、情報収集しています。また、サービス管理者研修等の福祉サービス提供に必要な研修を受講しています。職員会議において、コンプライアンスを意識付けることを目的とした伝達共有研修を実施していますが、関連のある法令等のリスト化はしていません。
 12. 施設長は運営会議、職員会議、事務部の会議に出席、副施設長はすべての会議に出席しています。質の向上を目指した全職員対象の研修会を月1回実施し、事例検討や学習会をしています。
 13. 施設長、副施設長自ら職員会議等に参画し、課題共有や改善の取り組みをしています。職員面談を年1回実施し、希望や課題を把握した上で人員配置を行っています。

| 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 |
| 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。 | B | A |
| | | 15 | ② 総合的な人事管理が行われている。 | A | B |
| | 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。 | B | A |

[自由記述欄]

14. 職員育成を目的とした学習会の実施や研修計画を作成しています。福祉就職フェアに参画したり、京丹後市の自立支援協議会にて人材育成・確保の取り組みに参画しています。介護福祉士の資格取得における、勤務調整や受験費用の助成等の支援制度を設けています。
 15. 施設長が年1回職員面談を実施し、職務希望等を確認しています。キャリアパス制度を設け、基準に基づき人事を行っています。人事考課制度は導入しておらず、職務の成果や貢献度等の評価は行っていません。
 16. 労務管理は事務部が対応しています。研修は業務時間内に実施できるよう配慮しています。心身の健康と安全確保の為に、看護師と相談等が行えます。福利厚生は、共済会への加入や職員親睦会からの要望に応じて、補助金交付等の支援を行っています。

| 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 |
| 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。 | 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。 | 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。 | B | B |

[自由記述欄]

17. 事業計画に「期待する職員像」を明記しており、職員面談において取り組み目標の設定や確認をしていますが、目標の達成状況等は確認できていません。
 18. 運営部が研修計画を策定しており、研修の方針は運営会議にて議論、決定しています。また、運営部が職員一人ひとりの研修受講状況を一覧表にして把握しています。
 19. 「新規採用者育成計画」を策定し、それに基づき研修を開催しています。「キャリアパス制度」、「階層別人材育成計画」も策定しており職員の知識や技術水準に応じた研修を計画しています。外部研修の情報は研修担当が情報をまとめ、掲示板にて周知を図っています。
 20. 高校生の実習受け入れの実績があります。実習担当者を配置していますが、マニュアルや実習プログラムは整備されていません。

| 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 |
| 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。 | 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。 | A | A |

[自由記述欄]

21. 年4回広報誌「かがやき」を発行しており、久美浜町に各戸配布しています。初年度の広報誌には事業報告や決算報告を掲載しています。また、久美浜町の有線放送でかがやきの杜に関する情報を発信しています。ただし、第三者評価の受診等の内容は公表していません。

22. 事業所における事務、経理、取引に等に関するルールについて、「職務分掌」と「管理規定」に権限と責任を明記しています。「職務分掌」と「管理規定」は事務所に設置しており、いつでも職員が閲覧できるようになっています。年1回内部監査を行っています。

| 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 |
| 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。 | 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。 | B | B |
| | 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。 | B | B |
| | 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。 | B | B |
| | | 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. 地域住民や民生委員をボランティアとして受け入れ、バザーを行っています。活用できる社会資源は、各班の担当職員を通じて情報提供を行っています。年3回久美浜町にて資源回収を実施し、地域貢献として取り組んでいます。

24. 地域の学校に、教育等への協力について明文化しています。事業所主体の行事には、地域住民や民生委員等、数多くの方がボランティアとして協力していますが、ボランティアの受入れについてのマニュアルは策定していません。

25. 京丹後市役所、社会福祉協議会、社会福祉法人や久美浜病院の職員で構成された「久美浜町地域ケア会議」が月1回開催され、出席しています。「久美浜町地域ケア会議」で得られた情報は職員会議において伝達し、情報共有を行っています。社会資源を明示したリストや資料は策定していません。

26. 地域で収穫された枝豆やピーマンの袋詰めを行い、農福連携に努めています。ワークショップ形式ででさをり織りの体験会も実施しています。また、事業所の体育館を地域住民に開放し、地域住民のサークル活動「赤とんぼコンサート」の開催に協力しました。人権擁護委員会北部研修会で施設長が講話をしましたが、地域住民への研修や講演会は行っていません。

27. 地域の民生委員定例会や、「久美浜町地域ケア会議」に参加し、地域ニーズの把握に努めています。地域住民のニーズにより、バザーの開催や資源回収の他、児童の日中一時預かりを実施する為、一時預かりの体験利用を令和3年より開始しています。

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。 | B | 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) 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。 | A | 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。 | A | B |

[自由記述欄]

28. 理念や基本方針等は事業所内に掲示をする他、職員会議などを通して職員に周知しています。基本方針を元に、利用者に寄り添う支援を心がけています。6カ月に1回、班の職員やサービス管理責任者による状況の把握や評価を行っています。一定の水準確保の為にマニュアルは策定していません。

29. 虐待防止マニュアルを策定しています。虐待防止委員会が中心となって、年1回虐待防止研修を実施しています。また、年に1回全職員対象に虐待に関するセルフチェックを実施しています。プライバシー保護に関するマニュアルは策定していません。

30. 久美浜市役所の市民局に広報誌「かがやき」を設置し、多くの人が入手できるようにしています。見学や利用体験は随時受け入れており、管理者やサービス管理責任者が連携・対応しています。

31. 契約書や重要事項説明書は、本人に読みやすく分かりやすいよう漢字にルビを打ち工夫しています。意思決定が困難な利用者へは、家族や成年後見人に説明を行い、同意を得ています。

32. 他の福祉施設や事業所等への以降の際はケース会議を開催し、サービス利用計画書等の書面を提供する等の引き継ぎを行っています。利用者が事業所を退所しても、求めに応じて相談対応できるよう、口頭もしくは文章で連絡先を伝えています。福祉サービスの継続性に配慮した手順と引き継ぎ文書については策定していません。

| 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-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 | B |
| | | 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。 | 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 |
| | 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) 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。 | A | 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. 6カ月に1回モニタリングの実施や、職員と利用者代表とで月2回自治会役員会議を行い、利用者のニーズの把握に努めています。職員が日頃から利用者にごまめに声をかけ、相談等がある場合は、利用者の希望する個室で対応する等の配慮を行っています。相談・意見・苦情記入カード等の配布や匿名アンケート等は実施していません。

34. 苦情解決の体制を整備しており、苦情解決体制等を説明した掲示物を事業所内に掲示しています。また、年2回第三者委員の訪問があります。受け付けた苦情は法人内で定められた様式「苦情・相談受付」にて記録し、適切に保管しています。苦情記入カードの実施や匿名アンケート等、意見を出しやすい工夫は行っていません。

35. 「苦情対応規定」を策定し、定められた手順に沿って苦情対応を行っています。事業所の建物の間を、靴を脱がずに移動したいとの利用者のニーズを意見を汲み取り、事業所会議や運営会議において検討を行い、渡り廊下を設置しました。意見箱の設置やアンケート配付は行っていません。

36. 「事故防止・事故発生時対応マニュアル」を策定しています。緊急時に利用者の状態等を的確に伝えられるよう、「個人ケースファイル」を整備しています。収集した事例の組織的に分析、改善策、再発防止策の検討等は行えていません。

37. 保健衛生委員会の設置や、「緊急・対応マニュアル」を策定しています。感染症予防に関する研修は年1回実施しています。利用者への配慮として、アルコール消毒が必要分が使用できるよう、自動アルコール噴霧器を設置しました。マニュアルの定期的な見直しできていません。

38. 「安全防災委員会」を設置しています。「非常災害対策計画」を整備していますが、福祉関係団体や地域等との連携を意識した訓練は実施していません。

| 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 | C |
| | 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。 | 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) 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. 基本方針や指導方針を明示した「つばさ方針」を全職員に配布し、新年度開始前に研修を実施する等、一定の水準確保に向けた仕組みはありますが、マニュアル等の文書化はしていません。
 40. 個別支援計画書はサービス管理責任者が作成しています。アセスメントは年に1回、複数の職員で家庭訪問にて行っています。計画書の見直しは6ヵ月に1回のモニタリング時と状態変化時に行い、ケース会議において利用者の意向把握と同意を得ています。
 41. 個別支援計画書は、定期的には6ヵ月に1回行う他、利用者の状態変化時等に見直しを行っています。見直しによって変更された計画書は、職員間で回覧しています。
 42. 法人で定められた指定の様式へ記録を行っています。利用者の記録はパソコン入力を行った後、月に1回まとめて印刷し決裁を行っています。記録に関する勉強会の実施の他、新入職員に対しては「福祉現場における記録の書き方」を配付し、統一された記録が行えるよう取り組んでいます。
 43. 管理者が記録管理の責任者として設置されており、個人情報の不適正や利用や漏洩に対する対策として、全職員に「秘密情報の保持に関する誓約」を締結しています。「個人情報保護規程」に開示請求に対する方法は定めていますが、記録の保管、保存、持ち出し、廃棄等の規程は整備していません。

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。 | B | B |
| | A-1-(3) ノーマライゼーションの推進 | 46 | ① 誰もが当たり前で暮らせる社会の実現に向けた取組を行っている。 | B | A |

[自由記述欄]

44. 利用者のニーズに応じて行事が選択できます。理美容のニーズに対して出張理美容を案内したり、美容室への同行支援を行う等柔軟に対応しています。班におけるルールに関してはサービス利用開始前に利用者に説明を行い、必要に応じて利用者とは話し合う機会を設けています。
 45. 「虐待防止マニュアル」を整備しており、年に1回マニュアルの読み合せを行う等の研修を実施しています。利用者の学習機会は設けられていません。
 46. 地域に向けて資源回収やバザー等を通じて障害についての理解・共有する取り組みを行っています。また、意思決定に関する勉強会を行う等して、ノーマライゼーションの推進に努めています。

| 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。 | B | B |
| | | 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. 利用者の状況に応じて、筆談を取り入れたり、一日の作業予定を絵で表現する等配慮しています。利用者のコミュニケーション能力を高める支援は行っていません。
 48. 利用者の思いや意見を受け止める機会として、月に1~2利用者自治会を開催しています。利用者に担当職員がこまめに声掛けを行うことで相談しやすい関係性を構築し、受け付けた相談等は個別支援計画書へ反映できるよう、ケース会議において検討する仕組みがあります。
 49. 職員研修において強度行動障害がある人との意思決定支援に関するDVD視聴等を行い、専門知識の習得と理解を深めています。事業所会議やケース会議において、職員間で支援方法等の検討と情報共有を行っています。
 50. 排泄や入浴支援を必要とするケースはありませんが、利用者の希望に応じて支援する仕組みはあります。食事は個々の食事形態に合わせて提供しており、年に1回嗜好調査の実施と、誕生日には希望の献立を提供しています。
 51. 日中活動の場や個別でゆっくり過ごせるスペースは、利用者の状況に配慮し、安全に使用できるよう工夫しています。食事や排泄等の支援も、利用者の心身の状況に応じて介助を行っています。

| 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 |
| 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。 | B | 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 | B |

[自由記述欄]

52. 非該当
 53. 外出等の際は、利用者の希望に応じて移動支援が利用できるよう支援しています。買物学習等の金銭管理の学習支援の仕組みがありますが、今年度はコロナ禍の為実施できていません。
 54. 利用時の体温測定や、看護師による体重、血圧測定を実施し、健康状態の把握に努めています。体調変化等がある場合は、必要に応じて受診を促しています。
 55. 服薬管理は看護師が行っています。保健衛生委員会が設置されていますが、医療的な連携についての実施手順等は策定していません。

| 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 |
| 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。 | B | 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。 | B | 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. 金銭管理は基本的には自己管理ですが、買物を通じた金銭管理や公共マナー等の学習機会を提供しています。今年度はコロナ禍の影響を受けて十分に機会がもてませんでした。学習や体験できる仕組みはあります。
 57. 利用者の意向や状況に応じて家族等へ連絡したり、年に1回家庭訪問の実施や連絡ノートを活用し、家族等と意見交換する機会を設けています。また、利用者と家族、職員だけが参加するミニかがやき展等において、家族等と交流する機会があります。
 58. 利用者の働く意欲の維持・向上の為に、各班の作業内容をビデオ撮影することでわかりやすく伝える工夫を行っています。作業内容等については、都度担当者や利用者等で確認・相談しています。
 59. 各班を実習という形で体験し、利用者の希望に応じた班での作業が行えるよう配慮しています。また、利用者の状況に応じて、自助具を使用しています。工賃に関しては、利用者による「仲間の給与検討委員会」において取り扱い等を検討しています。

| 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 |
| 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。 | B | A |
| [自由記述欄] | | | | | |
| 60. 利用者と企業とのマッチングについて、利用者の希望に応じて障害就業・生活支援センターと連携しながら適切に就労支援しており、実際に就職に繋がったケースがあります。利用者であった人が離職した場合等の受け入れ体制も整備しています。 | | | | | |