

別紙

福祉サービス第三者評価の結果

1 評価機関

| | |
|--------------------------------------------------|-------------------|
| 名称：株式会社 マスネットワーク | 所在地：長野県松本市中条 1-14 |
| 評価実施期間：平成 29 年 5 月 1 日～平成 29 年 8 月 10 日 | |
| 評価調査者（評価調査者養成研修修了者番号を記載） 060802 060872 050231 | |

2 福祉サービス事業者情報（平成 29 年 6 月現在）

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| 事業所名：障害者福祉施設 空風 (施設名) | 種別：就労継続支援 B 型事業所 |
| 代表者氏名： 理事長 寺田 裕明 (管理者氏名) 所 長 深澤 孝信 | 定員（利用人数）： 40 名（46 名） |
| 設置主体：社会福祉法人 長野市社会事業協会 経営主体： 同 上 | 開設（指定）年月日： 昭和・平成 24 年 7 月 1 日 |
| 所在地：〒381-2221 長野市川中島町御厨 1 3 9 2 番地 10 | |
| 電話番号：026-283-4477 | FAX 番号：026-283-4466 |
| ホームページアドレス http://nagano-shajikyo.or.jp/sorakaze/index.html | |
| 職員数 | 常勤職員： 10 名 非常勤職員 7 名 |
| 専門職員 | (専門職の名称) 名 |
| | 栄養士 1 名 |
| 施設・設備 の概要 | (居室数) |
| | (設備等) 食堂 1、集会室 1、静養室 1、相談室 1 |

3 理念・基本方針

| |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 基本理念 長野市社会事業協会は、利用者の人としての尊厳を大切にし、地域社会でゆとりと潤いのある、その人らしい、いきいきと自立した日常生活が送れるよう、利用者本位のニーズに合ったサービスの提供に努めます。 |
| 基本的視点 ・私たちは、利用者の家族の声を大切にし、利用者とは対等な立場で信頼関係を築きます。 ・私たちは、サービスの質の評価を行い、公正で良質かつ適切なサービスを提供するよう努めます。 ・私たちは、地域やその他の関係機関と連携し、より充実したサービスが受けられるよう努めます。 ・私たちは、サービス内容の情報提供を行い、事業運営の透明性の確保に努めます。 ・私たちは、専門性を高めるため、常に研鑽し、資質の向上に努めます。 |

4 福祉サービス事業者の特徴的な取り組み

| |
|------------------------------------------------------------------------|
| 前身の入所授産施設から平成 24 年に現在地に移転し通所就労継続支援 B 型事業所として活動しております。 |
| 作業種目を①法人内日中活動事業所への昼食弁当の提供 ②従前から 30 年間取り組んでいる製パン事業 ③低農薬で安全な農産物の栽培 |

の3班体制とし、「食」の分野に特化した自主生産活動を行っています。

また、利用者の大半が入所施設からグループホームへと生活の拠点を移した為、一人ひとりが地域の中で有意義な生活が送れるように法人内担当事業所と協力して支援しております。

5 第三者評価の受審状況

受審回数（前回の受審時期）

今回初めての受審

6 評価結果総評（利用者調査結果を含む。）

◇特に良いと思う点

1 <地域と共にある就労活動>

山間地から、都市部に開所して3年、地域住民が利用しやすい食に特化した3つの作業種目を通して、地域に密着した施設運営が出来ている。

加工班では、パンと菓子類の製造販売を外部から委託や各種イベントで販売を行っている。調理班は、法人内事業所の弁当や、地域の行事・会合での弁当の製造販売を行っている。また、弁当のほか、外部食品加工会社からの受託で食品加工の仕事も請け負っている。自然班では、自主製品として隣接する畑での野菜をつくり、調理班での消費を図るとともに販売を行い、作業に際して地域の農家の人から指導を受け、交流の場になっている。この他、受託作業として、地域から草刈り・畑の耕運作業も行っている。

施設の周辺は、近年新しい道路や競技場などのインフラや公共の建物が増え、住民の増加や人々の出入りが予想される。地域に密着した就労支援を続けることで、より一層の発展と工賃アップが期待できる。

2 <利用者の地域生活の推進>

山間部にあった入所施設の閉鎖に伴い、都市部に通所の就労継続 B 型事業を開設し、生活の場として利用者の多くが地域のグループホームで生活することとなった。そのため、施設の立地条件を活かし、送迎支援の利用だけでなく、公共交通機関を利用も側面的に支援し、利用者の社会性の向上に努めている。

利用者個々の希望・障害に応じた就労作業技術の向上から得られる働く喜びと、自立した地域生活を積極的に支援をしている。

利用者が地域の一員として、自立した生活が継続できるよう更なる支援を期待したい。

3 <清潔な施設環境>

食に特化した就労施設のため、衛生面には特に配慮が出来ていた。

作業種ごとにトイレが設置され、感染の拡大を防止すると共に、調理部門では、専用の白衣は当然のこと、エアシャワーが設備され、一般的な福祉施設の調理室と比べると遥かに整った衛生管理が出来ている。また、食を扱い販売する事業所としての厳しい健康面でのチェック体制も整い、保健所などの研修の参加や積極的な指導の下に環境を整えている。

地域に信頼される食品作りを目指して、より一層の衛生管理の徹底を期待したい。

◇特に改善する必要があると思う点

1 <利用者の可能性を伸ばす PDCA サイクルの確立>

パソコンによる個別支援計画の作成が始まり、アセスメントや個別支援計画の作成過程の効率化が図られた。

しかし、施設開所当初行われていた基本的な領域に添ったアセスメントが出来ておらず、アセスメントでの課題の抽出と検討が出来ていない。その結果、個別支援計画の目標も少なく、利用者の全体像を捉えた計画になっていない。

また、日々の記録も作業工程での問題点がほとんどで、業務記録以外の活動や記録からの記載が

なく、個別支援計画の実施の確認も出来ていない。

当施設の利用者は、当施設での就労活動が人生の最終地点ではなく、一般就労やより一層の自立の可能性も否定できない。利用者の更なる自立と自己選択・自己決定の幅を広げることを念頭にPDCAサイクルの根本的な見直しと改善が必要と思われる。

2<事故・ヒヤリハット報告と安全対策>

開所以来、事故・ヒヤリハットの報告が極めて少なく、報告の基準も明確でない。また、報告された事例には、支援上のヒヤリハットと就労作業上のミスとが混在しており、それぞれの問題の抽出に役立つデータとはなっていない。

当施設は、刃物などの機器や施設外での仕事が多い施設のため、一般的な福祉施設より重大な事故に繋がる危険性が高い施設である。より積極的なヒヤリハット事例の収集を行い、施設全体で分析し、情報を共有するが重大事故の防止に繋がるものと思われる。

危機管理全体の見直しと改善が望まれる。

3<利用者の権利擁護に対してのより一層の配慮>

施設のマニュアルや記録を見る限り、法人や知障協の研修にも参加し、一定の権利擁護対策は行われている。

しかし、当施設のマニュアルを確認する中では、利用者の細かなプライバシーへの配慮を示した文書はなく、ケース記録においても人権侵害に関する記録も確認できなかった。

一般的に福祉施設において、日常の些細なトラブルの背景には、さまざまな権利侵害が隠れているケースが少なくない。利用者・職員双方が障がい者や市民一人ひとりのもつ権利について学習し、意識する機会を定期的に持ち、人権意識を高めることを期待したい。

7 事業評価の結果（詳細）と講評

共通項目(別添1)

内容評価項目'(別添2)

8 利用者調査の結果

アンケート方式の場合(別添3-1)

9 第三者評価結果に対する施設のコメント

平成29年8月28日記載

今回初めて第三者評価を受審しました。入所施設から日中活動事業所へ移行し、事業運営・利用者の皆様の支援共に手探りの状況で活動する中、ありのままの姿を評価していただき良い部分・改善を要する部分をご指摘いただきました。

当事業所は、利用者の皆様が自主的に仕事を選び取り組めるような環境を提供し、職員が全面的にバックアップできる体制を取れるよう努めて参りました。

評価をいただいた良い点はさらに伸ばすと共に、今回ご指摘をいただいた個別支援計画・ヒヤリハット等良質なサービス提供に当たって最も基本になるべき部分は、全職員で周知し支援の質を高めるべく研鑽を積んで参りたいと思います。今回の受審に当たり調査員の方々には様々な角度からご指導・ご助言を賜り感謝しております。今後も地域の中で、良質で特色あるサービス提供を目指して努力して参りたいと思います。

事業評価の結果（共通項目）

第三者評価の判断基準

福祉サービス種別 就労継続支援B型事業所
事業所名（施設名） 障害者福祉施設 空風

○判断基準の「a、b、c」は、評価項目に対する到達状況を示しています。
「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

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目 | 評価細目 | 評価 | 着 眼 点 | コメント | |
|---------------------|--------------|-------------------------|-----------------------------------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| I 福祉サービスの基本方針と組織 | 1 理念・基本方針 | (1) 理念、基本方針が確立・周知されている。 | ① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。 | a) | ■ | 1 理念、基本方針が文書（事業計画等の法人（福祉施設・事業所）内の文書や広報誌、パンフレット、ホームページ等）に記載されている。 | ○理念・基本方針は法人の基本理念・基本的視点として示され、利用者の尊厳を大切に、地域社会でその人らしく自立した日常生活が送れるよう福祉サービスの提供に努めると示されている。そのための視点が利用者に対等な立場・公正なサービス・質の向上・地域との連携・運営の透明性の確保と明示されている。 ○理念・基本方針は職員には、年度初めに臨時の職員会で施設長から説明し毎年度事業方針、事業計画、業務マニュアルとともに職員に配布し周知に努めている。 ○家族・利用者の周知は、年4回開催される家族会や総会などで説明を行っている。 |
| | | | | ■ | 2 理念は、法人（福祉施設・事業所）が実施する保育の内容や特性を踏まえた法人（福祉施設・事業所）の使命や目指す方向、考え方を読み取ることができる。 | | |
| | | | | ■ | 3 基本方針は、法人の理念との整合性が確保されているとともに、職員の行動規範となるよう具体的な内容となっている。 | | |
| | | | | ■ | 4 理念や基本方針は、会議や研修会での説明、会議での協議等をもって、職員への周知が図られている。 | | |
| | | | | ■ | 5 理念や基本方針は、わかりやすく説明した資料を作成するなどの工夫がなされ、利用者や家族への周知が図られている。 | | |
| | | | | ■ | 6 理念や基本方針の周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。 | | |
| | 2 経営状況の把握 | (1) 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と経営状況が的確に把握・分析されている。 | a) | ■ | 7 社会福祉事業全体の動向について、具体的に把握し分析している。 | ○法人内の管理職会議、知障協議会などへの出席や、行政から示される資料などにより、社会福祉事業の動向や地域での課題などを把握し経営分析に努めている。 |
| | | | | ■ | 8 地域の各種福祉計画の策定動向と内容を把握し分析している。 | | |
| | | | | ■ | 9 利用者数・利用者像等、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など、法人（福祉施設・事業所）が位置する地域での特徴・変化等の経営環境や課題を把握し分析している。 | | |
| | | | | ■ | 10 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、利用率等の分析を行っている。 | | |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目 | 評価細目 | 評価 | 着 眼 点 | コメント | | | | |
|------|--------------|-----------------------------|---------------------------------------------|----|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| I | 2 | (1) | ② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。 | a) | ■ 11 | 経営環境や実施する福祉サービスの内容、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成、財務状況等の現状分析にもとづき、具体的な課題や問題点を明らかにしている。 | ○経営課題は、法人の理事長のヒアリングがあり、職員体制の課題や人材育成、財務状況の現状分析により具体的な問題を明らかにし報告している。改善すべき課題については、職員会で報告され職員で周知、検討を行っている。 | | | |
| | | | | | ■ 12 | 経営状況や改善すべき課題について、役員（理事・監事等）間での共有がなされている。 | | | | |
| | | | | | ■ 13 | 経営状況や改善すべき課題について、職員に周知している。 | | | | |
| | | | | | ■ 14 | 経営課題の解決・改善に向けて具体的な取組が進められている。 | | | | |
| | 3 事業計画の策定 | (1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。 | 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) | ■ 15 | 中・長期計画において、理念や基本方針の実現に向けた目標（ビジョン）を明確にしている。 | ○施設内で意見を集約し、法人が10年間の中・長期総合計画を策定している。 | | | |
| | | | | | ■ 16 | 中・長期計画は、経営課題や問題点の解決・改善に向けた具体的な内容になっている。 | | | | |
| | | | | | ■ 17 | 中・長期計画は、数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容となっている。 | | | | |
| | | | | | ■ 18 | 中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。 | | | | |
| | | | | | 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) | | ■ 19 | 単年度の計画には、中・長期計画の内容を反映した単年度における事業内容が具体的に示されている。 | ○単年度の年度計画を策定し、事業目的・運営方針・運営重点事項・事業内容が記載されている。 ○事業計画は毎年職員に配布し、臨時の職員会議が年度初めに開催され、理念などとともに説明を行い周知している。 |
| | | | | | | | | ■ 20 | 単年度の事業計画は、実行可能な具体的な内容となっている。 | |
| | | | | | | | | ■ 21 | 単年度の事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。 | |
| | | | | | | | | ■ 22 | 単年度の事業計画は、数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容となっている。 | |
| | | (2) 事業計画が適切に策定されている。 | 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) | | | ■ 23 | 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いる。 | ○事業計画の策定は、中長期計画にもとづき、各作業グループでの話し合いを行い、職員の意見を集約し計画に反映している。 ○事業計画の見直しは、法人で決められた理事長ヒアリングに合わせて見直しをし、職員会で報告を行っている。 | |
| | | | | | ■ 24 | 計画期間中において、事業計画の実施状況が、あらかじめ定められた時期、手順にもとづいて把握されている。 | | | | |
| | | | | | ■ 25 | 事業計画が、あらかじめ定められた時期、手順にもとづいて評価されている。 | | | | |
| | | | | | ■ 26 | 評価の結果にもとづいて事業計画の見直しを行っている。 | | | | |
| | | | | | ■ 27 | 事業計画が、職員に周知（会議や研修会における説明等）されており、理解を促すための取組を行っている。 | | | | |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目 | 評価細目 | 評価 | 着 眼 点 | コメント | |
|------|------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------|------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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。 | b) | ■ 28 | 事業計画の主な内容が、利用者や家族等に周知（配布、掲示、説明等）されている。 | ○事業計画は、家族には家族会の総会にて説明をしている。 ○利用者に対しては、就労作業の目標等視覚でわかりやすく確認できる工夫が今後望まれる。 |
| | | | | | ■ 29 | 事業計画の主な内容を利用者会や家族会等で説明している。 | |
| | | | | | □ 30 | 事業計画の主な内容を分かりやすく説明した資料を作成するなどの方法によって、利用者等がより理解しやすいような工夫を行っている。 | |
| | | | | | □ 31 | 事業計画については、利用者等の参加を促す観点から周知、説明の工夫を行っている。 | |
| | 4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組 | (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。 | 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) | ■ 32 | 組織的にPDCAサイクルにもとづく福祉サービスの質の向上に関する取組を実施している。 | ○福祉サービスの質に対する取り組みは、法人でのヒアリング、監事会などにおいて評価する体制がある。 ○法人内の権利擁護委員会、安全衛生委員会にて虐待や安全面のチェックを毎年決められた様式により行い、職員の質の向上に努めている。また、結果は集計報告され、職員間で共有し改善に向けた取り組みを行っている。今年度は第三者評価を受審し、全体の項目に対し自己評価も行った。 |
| | | | | | ■ 33 | 福祉サービスの内容について組織的に評価（C：Check）を行う体制が整備されている。 | |
| | | | | | ■ 34 | 定められた評価基準にもとづいて、年に1回以上自己評価を行うとともに、第三者評価等を定期的に受審している。 | |
| | | | | | ■ 35 | 評価結果を分析・検討する場が、組織として位置づけられ実行されている。 | |
| | | | 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にし、計画的な改善策を実施している。 | a) | ■ 36 | 評価結果を分析した結果やそれにもとづく課題が文書化されている。 | ○法人内の権利擁護委員会・安全委員会での調査報告は、職場内研修で振り返りを行い、改善計画の見直しを行っている。 |
| | | | | | ■ 37 | 職員間で課題の共有化が図られている。 | |
| | | | | ■ 38 | 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改善策や改善計画を策定する仕組みがある。 | | |
| | | | | ■ 39 | 評価結果にもとづく改善の取組を計画的に行っている。 | | |
| | | | | ■ 40 | 改善策や改善の実施状況の評価を実施するとともに、必要に応じて改善計画の見直しを行っている。 | | |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目 | 評価細目 | 評価 | 着 眼 点 | コメント | | |
|-----------|--------------------------------------------------------|----------------------|------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ⅱ 組織の運営管理 | 1 管理者の責任とリーダーシップ | (1) 管理者の責任が明確にされている。 | 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) | ■ 41 | 管理者は、自らの福祉施設・事業所の経営・管理に関する方針と取組を明確にしている。 | ○施設長は、職務分掌において自らの役割と責任を明記しており、事業計画には事業と取組を明らかにしている。 ○有時の施設長の役割や責任は、業務マニュアルに記載し、不在時の権限委任も確認できた。 ○施設長は、自らの役割と責任について、広報誌等に掲載し表明する事が望ましい。 | |
| | | | | | □ 42 | 管理者は、自らの役割と責任について、組織内の広報誌等に掲載し表明している。 | | |
| | | | | | ■ 43 | 管理者は、自らの役割と責任を含む職務分掌等について、文書化するとともに、会議や研修において表明し周知が図られている。 | | |
| | | | | | ■ 44 | 平常時のみならず、有事（災害、事故等）における管理者の役割と責任について、不在時の権限委任等を含め明確化されている。 | | |
| | | | | a) | ■ 45 | 管理者は、遵守すべき法令等を十分に理解しており、利害関係者（取引事業者、行政関係者等）との適正な関係を保持している。 | | ○施設長は、職員倫理要領・職員行動規範の策定に基づき、法令遵守への取り組みがなされている。 ○運営規程にも虐待禁止・身体拘束禁止・個人情報保護などについても明記している。更に法人内でチェックする仕組みがあり、その結果を職員会で振り返り・検討を行っている。 ○各種マニュアルには（防災、安全、危機管理マニュアル等）取り組みへの内容を反映している。 |
| | | | | ■ 46 | 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参加している。 | | | |
| | | | | ■ 47 | 管理者は、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、取組を行っている。 | | | |
| | | | | ■ 48 | 管理者は、職員に対して遵守すべき法令等を周知し、また遵守するための具体的な取組を行っている。 | | | |
| | | | (2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。 | 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) | ■ 49 | 管理者は、実施する福祉サービスの質の現状について定期的、継続的に評価・分析を行っている。 | ○四半期ごとに各班で話し合いを行い、業務の評価や課題を確認し職員間で話し合い、改善策を立てている。職員間で勤務体制を変更するなどにより職員の働きやすい環境整備などに取り組んだ。 ○法人の人材育成担当により、教育・研修の充実を図っている。 |
| | | ■ 50 | | | | 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組を明示して指導力を発揮している。 | | |
| ■ 51 | 管理者は、福祉サービスの質の向上について組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。 | | | | | | | |
| ■ 52 | 管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の意見を反映するための具体的な取組を行っている。 | | | | | | | |
| ■ 53 | 管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の教育・研修の充実を図っている。 | | | | | | | |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目 | 評価細目 | 評価 | 着 眼 点 | コメント | | |
|------|------|------------|-----------------------------------|--------------------------------------------|-------|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ⅱ | 1 | (2) | ② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。 | a) | ■ 54 | 管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、人事、労務、財務等を踏まえ分析を行っている。 | ○人事・労務・財務は、法人で行っているが、施設長は四半期ごとに職員間での話し合いや実績から現状把握を行い、施設内で共有し、改善検討や法人への提案を行っている。 | |
| | | | | | ■ 55 | 管理者は、組織の理念や基本方針の実現に向けて、人員配置、職員の働きやすい環境整備等、具体的に取り組んでいる。 | | |
| | | | | | ■ 56 | 管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、組織内に同様の意識を形成するための取組を行っている。 | | |
| | | | | | ■ 57 | 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高めるために組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。 | | |
| | 2 | 福祉人材の確保・育成 | (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。 | 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) | ■ 58 | 必要な福祉人材や人員体制に関する基本的な考え方や、福祉人材の確保と育成に関する方針が確立している。 | ○必要な福祉人材や、人員体制の基本的な考え方・人材確保と育成の方針は、法人として確立している。 ○人材育成は、法人の人材育成担当により職階別、研修制度がある。 ○有資格者確保のために、法人で報奨金制度があり、事業所加算などの計画を含めた具体的な取り組みがある。 ○人材不足の昨今、人材確保の更なる充実に期待したい。 |
| | | | | | | ■ 59 | 福祉サービスの提供に関わる専門職（有資格の職員）の配置等、必要な福祉人材や人員体制について具体的な計画がある。 | |
| | | | | | | ■ 60 | 計画にもとづいた人材の確保や育成が実施されている。 | |
| | | | | | | ■ 61 | 法人（福祉施設・事業所）として、効果的な福祉人材確保（採用活動等）を実施している。 | |
| | | | ② 総合的な人事管理が行われている。 | b) | ■ 62 | 法人（福祉施設・事業所）の理念・基本方針にもとづき「期待する職員像等」を明確にしている。 | ○法人の期待する職員像は、支援の基本・行動規範の中に明示している。法人全体で人材育成として目標管理制度の試行が始まり、教育・研修制度も確立しOJTも行われている。 ○福利厚生、キャリアパスの導入、スキル獲得のための研修の機会、職員の意向を把握するために面接を行い職員からの聞き取りの体制もある。 ○人事基準（採用、配置、異動、昇給昇進等）は、明確に定められ定款にも規定がある。 ○法人全体として、嘱託職員からの正規職員への採用の壁は厚く、今後、職員が将来に意欲をもって職務を遂行できる体制づくりに期待したい。 | |
| | | | | | ■ 63 | 人事基準（採用、配置、異動、昇進・昇格等に関する基準）が明確に定められ、職員等に周知されている。 | | |
| | | | | | ■ 64 | 一定の人事基準にもとづき、職員の専門性や職務遂行能力、職務に関する成果や貢献度等を評価している。 | | |
| | | | | | ■ 65 | 職員処遇の水準について、処遇改善の必要性等を評価・分析するための取組を行っている。 | | |
| | | | | | ■ 66 | 把握した職員の意向・意見や評価・分析等にもとづき、改善策を検討・実施している。 | | |
| | | | | | □ 67 | 職員が、自ら将来の姿を描くことができるような総合的な仕組みづくりができています。 | | |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目 | 評価細目 | 評価 | 着 眼 点 | コメント | |
|------|----------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------|----|-------|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ⅱ | 2 | (2) 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、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。 | b) | ■ 68 | 職員の就業状況や意向の把握等にもとづく労務管理に関する責任体制を明確にしている。 | ○働きやすい環境のため、年1回の自己申告カードによる面接を行い、職員の就業状況や意向・意見の把握をし、法人の人材人員体制に組織的取り組む仕組みがある。 ○職員の心身の健康に対し、法人には「心の健康づくり計画」があり、職員が相談できる窓口の設置、カウンセラー専門家の確保もを行っている。 ○当事業所では働きやすい職場づくり、人材確保がされているが、人材の確保については、法人全体での人材不足もあり、不安要素が存在している。 |
| | | | | | ■ 69 | 職員の有給休暇の取得状況や時間外労働のデータを定期的に確認するなど、職員の就業状況を把握している。 | |
| | | | | | ■ 70 | 職員の心身の健康と安全の確保に努め、その内容を職員に周知している。 | |
| | | | | | ■ 71 | 定期的に職員との個別面談の機会を設ける、職員の悩み相談窓口を組織内に設置するなど、職員が相談しやすいような組織内の工夫をしている。 | |
| | | | | | ■ 72 | 職員の希望の聴取等をもとに、総合的な福利厚生を実施している。 | |
| | | | | | ■ 73 | ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。 | |
| | | | | | ■ 74 | 改善策については、福祉人材や人員体制に関する具体的な計画に反映し実行している。 | |
| | | | | | ■ 75 | 福祉人材の確保、定着の観点から、組織の魅力を高める取組や働きやすい職場づくりに関する取組を行っている。 | |
| | | (3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。 | ① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。 | b) | ■ 76 | 組織として「期待する職員像」を明確にし、職員一人ひとりの目標管理のための仕組みが構築されている。 | ○施設長面接や自己管理シートにより、目標に向けた職員一人ひとりの育成を法人の人材担当を中心に行っている。目標管理制度がスタートし、職員の教育研修機能とモチベーションを高めるための取り組みが試行されている。 |
| | | | | | ■ 77 | 個別面接を行う等組織の目標や方針を徹底し、コミュニケーションのもとで職員一人ひとりの目標が設定されている。 | |
| | | | | | ■ 78 | 職員一人ひとりの目標の設定は、目標項目、目標水準、目標期限が明確にされた適切なものとなっている。 | |
| | | | | | ■ 79 | 職員一人ひとりが設定した目標について、中間面接を行うなど、適切に進捗状況の確認が行われている。 | |
| | | | | | ■ 80 | 職員一人ひとりが設定した目標について、年度当初・年度末(期末)面接を行うなど、目標達成度の確認を行っている。 | |
| | | (3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。 | 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) | ■ 81 | 組織が目指す福祉サービスを実施するために、基本方針や計画の中に、「期待する職員像」を明示している。 | ○職員の教育・研修に関する基本方針を法人で定めており、期待する職員像は行動規範などに示されている。 ○教育・研修は法人の人材担当が計画策定し、職階別研修なども定期的に行い、評価分析と見直しを行っている。 |
| | | | | | ■ 82 | 現在実施している福祉サービスの内容や目標を踏まえて、基本方針や計画の中に、組織が職員に必要なとされる専門技術や専門資格を明示している。 | |
| ■ 83 | 策定された教育・研修計画にもとづき、教育・研修が実施されている。 | | | | | | |
| ■ 84 | 定期的に計画の評価と見直しを行っている。 | | | | | | |
| ■ 85 | 定期的に研修内容やカリキュラムの評価と見直しを行っている。 | | | | | | |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目 | 評価細目 | 評価 | 着 眼 点 | コメント | | |
|-------|------------------------|------------------------------|------------------------------|----|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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) | ■ 86 | 個別の職員の知識、技術水準、専門資格の取得状況等を把握している。 87 新任職員をはじめ職員の経験や習熟度に配慮した個別的なOJTが適切に行われている。 88 階層別研修、職種別研修、テーマ別研修等の機会を確保し、職員の職務や必要とする知識・技術水準に応じた教育・研修を実施している。 89 外部研修に関する情報提供を適切に行うとともに、参加を勧奨している。 90 職員一人ひとりが、教育・研修の場に参加できるよう配慮している。 | ○ 職員一人ひとりの教育、研修は、法人の人材担当での計画や事業所内での研修委員会の企画、希望する外部研修など含め、研修の機会がある。 ○ 新人職員は法人で研修を受け、OJTによる個別の研修が事業所内で行われている。 | |
| | | | | | □ 91 | | | ○ 実習受け入れマニュアルはあり、受け入れ担当職員も決まっているが、事業所または法人として専門職の育成など基本的な体制の整備が望まれる。専門職受け入れは希望者もないため実績がない。 |
| | | | | | ■ 92 | | | |
| | | | | | □ 93 | | | |
| | | | | | □ 94 | | | |
| | □ 95 | | | | | | | |
| | 3 運営の 透明性の 確保 | (1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。 | 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) | ■ 96 | 96 ホームページ等の活用により、法人、福祉施設・事業所の理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算情報が適切に公開されている。 97 福祉施設・事業所における地域の福祉向上のための取組の実施状況、第三者評価の受審、苦情・相談の体制や内容について公表している。 98 第三者評価の受審結果、苦情・相談の体制や内容にもとづく改善・対応の状況について公表している。 99 法人（福祉施設・事業所）の理念、基本方針やビジョン等について、社会・地域に対して明示・説明し、法人（福祉施設・事業所）の存在意義や役割を明確にするように努めている。 100 地域へ向けて、理念や基本方針、事業所で行っている活動等を説明した印刷物や広報誌等を配布している。 | ○ 運営の透明性確保については、法人のホームページにも細かに事業計画、事業報告、理念・基本方針、経営方針、決算報告など詳細に掲載している。 ○ 苦情相談は、第三者委員会の設置もあり、ホームページなどでも公表している。 ○ 事業所パンフレットも作成されているが、法人が目指す理念・基本方針などを記載し、存在意義など地域に向け発信するような工夫も求められる。 | |
| | | | | | ■ 97 | | | |
| | | | | | ■ 98 | | | |
| | | | | | ■ 99 | | | |
| □ 100 | | | | | | | | |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目 | 評価細目 | 評価 | 着 眼 点 | コメント | |
|------|--------------------------------------|------------------------|------------------------------------|-------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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) | ■ 101 | 福祉施設・事業所における事務、経理、取引等に関するルールが明確にされ、職員等に周知している。 | ○内部監査は事務監査として定期的に行われている。 ○外部監査は、法人の公認会計士により行われている。 |
| | | | | | ■ 102 | 福祉施設・事業所における事務、経理、取引等に関する職務分掌と権限・責任が明確にされ、職員等に周知している。 | |
| | | | | | ■ 103 | 福祉施設・事業所における事務、経理、取引等について、必要に応じて外部の専門家に相談し、助言を得ている。 | |
| | | | | | ■ 104 | 福祉施設・事業所における事務、経理、取引等について内部監査を実施するなど、定期的に確認されている。 | |
| | | | | | ■ 105 | 外部監査の活用等により、事業、財務に関する外部の専門家によるチェックを行っている。 | |
| | | | | | ■ 106 | 外部監査の結果や公認会計士等による指導や指摘事項にもとづいて、経営改善を実施している。 | |
| | 4 地域との交流、 地域貢献 | (1) 地域との関係が適切に確保されている。 | 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) | ■ 107 | 地域との関わり方について基本的な考え方を文書化している。 | ○地域との関りは事業計画運営方針にも明示し、「就労事業の充実を図るために地域や関係機関との連携を図る」等記載している。 ○社会資源との関りは深く、法人の相談室が同建物内にあるため情報収集などにより利用者に提供しやすい環境にある。 ○事業所の近隣の畑に出かけ地域のひとと交流が日々の中で行われている。 ○地域の民生委員との交流の中で、お弁当注文があったり、地域交流の中で仕事の注文にも広がりが出ている。 |
| | | | | | ■ 108 | 活用できる社会資源や地域の情報を収集し、掲示板の利用等で利用者に提供している。 | |
| | | | | | ■ 109 | 利用者の個別的状況に配慮しつつ地域の行事や活動に参加する際、必要があれば職員やボランティアが支援を行う体制が整っている。 | |
| | | | | | ■ 110 | 福祉施設・事業所や利用者への理解を得るために、地域の人々と利用者との交流の機会を定期的に設けている。 | |
| | | | | | ■ 111 | 利用者の買い物や通院等日常的な活動についても、定型的でなく個々の利用者のニーズに応じて、地域における社会資源を利用するよう推奨している。 | |
| | 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) | □ 112 | ボランティア受入れに関する基本姿勢を明文化している。 | ○食品を扱っていることから、衛生面にも注意深く配慮した事業を行っているためにボランティアは受け入れづらい。 ○畑で農作業を行う際には、作物づくりを教えてもらうなど地域との交流を図っている。 ○中学生の職場実習の受け入れを行い学校教育へ協力している。 | |
| | | | | □ 113 | 地域の学校教育等への協力について基本姿勢を明文化している。 | | |
| | | | | □ 114 | ボランティア受入れについて、登録手続、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る | | |
| | | | | □ 115 | ボランティアに対して利用者との交流を図る視点等で必要な研修、支援を行っている。 | | |
| | | | | ■ 116 | 学校教育への協力を行っている。 | | |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目 | 評価細目 | 評価 | 着 眼 点 | コメント | |
|------|-------------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| II | 4 | (2) 関係機関との連携が確保されている。 | 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) | ■ | 117 当該地域の関係機関・団体について、個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示したリストや資料を作成している。 | ○地域の福祉施設や団体との連絡先は電話帳などにしてリスト化している。 ○定期的に相談室との連携や必要時に長野市障害福祉課、地域の警察、病院などとの連携が行われている。 ○地域のネットワークとして相談室を利用しアフターケアにつなげている。 |
| | | | | | ■ | 118 職員会議で説明するなど、職員間で情報の共有化が図られている。 | |
| | | | | | ■ | 119 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。 | |
| | | | | | ■ | 120 地域の関係機関・団体の共通の問題に対して、解決に向けて協働して具体的な取組を行っている。 | |
| | | | | | ■ | 121 地域に適切な関係機関・団体がない場合には、利用者のアフターケア等を含め、地域でのネットワーク化に取り組んでいる。 | |
| | (3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。 | 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) | □ | 122 福祉施設・事業所のスペースを活用して地域住民との交流を意図した取組を行っている。 | ○災害時には福祉避難所の指定を受けているために食料なども備蓄している。 ○食に特化した事業推進を行い、弁当配達なども地域で行っている。 ○食に特化した就労支援施設でもあり事業所開放し地域交流は困難である。しかし、地域へ障がい者・児・生活困難者の理解のため、施設の経験を活かした講演・研修など、今後の検討に期待したい。 | |
| | | | | □ | 123 福祉施設・事業所の専門性や特性を活かし、地域住民の生活に役立つ講演会や研修会等を開催して、地域へ参加を呼びかけている。 | | |
| | | | | □ | 124 福祉施設・事業所の専門性や特性を活かした相談支援事業、支援を必要とする地域住民のためのサークル活動等、地域ニーズに応じ住民が自由に参加できる多様な支援活動を行っている。 | | |
| | | | | ■ | 125 災害時の地域における役割等について確認がなされている。 | | |
| | | | | ■ | 126 多様な機関等と連携して、社会福祉分野に限らず地域の活性化やまちづくりに貢献している。 | | |
| | | ② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。 | a) | ■ | 127 福祉施設・事業所の機能を地域に還元することなどを通じて、地域の福祉ニーズの把握に努めている。 | ○第三者委員会には民生委員も構成委員となっており、定期的な会議により福祉ニーズの把握をしている。 ○相談室・相談支援を通じた福祉ニーズにより、新規事業受託を季節、期間などにより計画的に行っている。 ○今後、把握したニーズにもとづき、事業所の有する機能を活かし、これらの解決・改善のために公益的な事業・活動等に積極的な取り組みが望まれる。 | |
| | | | | ■ | 128 民生委員・児童委員等と定期的な会議を開催するなどによって、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。 | | |
| ■ | | | | 129 地域住民に対する相談事業を実施するなどを通じて、多様な相談に応じる機能を有している。 | | | |
| ■ | | | | 130 関係機関・団体との連携にもとづき、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。 | | | |
| ■ | | | | 131 把握した福祉ニーズにもとづいて、法で定められた社会福祉事業にとどまらない地域貢献に関わる事業・活動を実施している。 | | | |
| ■ | 132 把握した福祉ニーズにもとづいた具体的な事業・活動を、計画等で明示している。 | | | | | | |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目 | 評価細目 | 評価 | 着 眼 点 | コメント | | |
|-------------------|-------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ⅲ 適切な福祉サービスの実施 | 1 利用者本位の福祉サービス | (1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。 | 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) | ■ 133 | 理念や基本方針に、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示し、職員が理解し実践するための取組を行っている。 | ○理念・基本方針には、利用者を尊重した福祉サービスの基本を明記している。 ○職員が具体的に理解実践するために職員倫理綱領、職員行動規範を定めている。 ○利用者の尊重・人権への配慮について人権委員会が調査検証を行い組織全体の取り組みを行っている。 | |
| | | | | ■ 134 | 利用者を尊重した福祉サービスの提供に関する「倫理綱領」や規程等を策定し、職員が理解し実践するための取組を行っている。 | | | |
| | | | | ■ 135 | 利用者を尊重した福祉サービス提供に関する基本姿勢が、個々の福祉サービスの標準的な実施方法等に反映されている。 | | | |
| | | | | ■ 136 | 利用者の尊重や基本的人権への配慮について、組織で勉強会・研修を実施している。 | | | |
| | | | | ■ 137 | 利用者の尊重や基本的人権への配慮について、定期的に状況の把握・評価等を行い、必要な対応を図っている。 | | | |
| | | | ② 利用者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) | □ 138 | 利用者のプライバシー保護について、規程・マニュアル等が整備され、職員の理解が図られている。 | | ○個人情報取扱要綱や虐待防止に対するマニュアルは整備されている。しかし、日々生活でのプライバシーに配慮した支援マニュアルや規程等の作成が望まれる。 |
| | | | | ■ 139 | 利用者の虐待防止等の権利擁護について、規程・マニュアル等が整備され、職員の理解が図られている。 | | | |
| | | | | ■ 140 | 利用者のプライバシー保護と虐待防止に関する知識、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・責務、利用者のプライバシー保護や権利擁護に関する規程・マニュアル等について、職員に研修を実施している。 | | | |
| | | | | ■ 141 | 一人ひとりの利用者にとって、生活の場にふさわしい快適な環境を提供し、利用者のプライバシーを守れるよう設備等の工夫を行っている。 | | | |
| | | | | ■ 142 | 利用者や家族にプライバシー保護と権利擁護に関する取組を周知している。 | | | |
| | | (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。 | 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) | ■ 145 | 理念や基本方針、実施する福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の特性等を紹介した資料を、公共施設等の多くの人が入手できる場所に置いている。 | | ○利用希望者に対する情報提供は、運営方針や1日の過ごし方などをホームページで掲載し、パンフレットにも運営方針と合わせ、作業風景や1日の流れなどを掲載している。 ○見学・体験・1日利用などの受け入れを行っており、体験受け入れマニュアルも整備している。 ○情報提供の方法・内容については、配布・活用状況、利用者や家族の意見も聴取し、更なる充実した情報提供に期待したい。 |
| | | | | | ■ 146 | 組織を紹介する資料は、言葉遣いや写真・図・絵の使用等で誰にでもわかるような内容にしている。 | | |
| | | | | | ■ 147 | 福祉施設・事業所の利用希望者については、個別に丁寧な説明を実施している。 | | |
| | | | | | ■ 148 | 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。 | | |
| | | | | | ■ 149 | 利用希望者に対する情報提供について、適宜見直しを実施している。 | | |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目 | 評価細目 | 評価 | 着 眼 点 | コメント | | |
|------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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。 | b) | <input checked="" type="checkbox"/> 150 | サービス開始・変更時の福祉サービスの内容に関する説明と同意にあたっては、利用者の自己決定を尊重している。 | ○サービス開始及び変更時には、利用者が自己決定できるように、1日の流れ・作業内容を示したパンフレットを用い説明を行っている。 ○重要事項説明書・契約書には事業内容が細かに記載され、事業所と利用者の権利義務関係を明確にした書類整備をしている。 ○意思決定困難な利用者への説明については、ルール化した説明手順なども今後検討が望まれる。 | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 151 | サービス開始・変更時には、利用者がわかりやすいように工夫した資料を用いて説明している。 | | | |
| | | | | <input checked="" type="checkbox"/> 152 | 説明にあたっては、利用者や家族等が理解しやすいような工夫や配慮を行っている。 | | | |
| | | | | <input checked="" type="checkbox"/> 153 | サービス開始・変更時には、利用者や家族等の同意を得たうえでその内容を書面で残している。 | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 154 | 意思決定が困難な利用者への配慮についてルール化され、適正な説明、運用が図られている。 | | | |
| | | | 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) | <input checked="" type="checkbox"/> 155 | 福祉サービスの内容の変更にあたり、従前の内容から著しい変更や不利益が生じないように配慮されている。 | | ○福祉サービス事業所変更に当たり、法人内の相談室があるため連携し、担当相談支援専門員が対応し必要なケースに対しては文書により継続した支援に配慮し対応している。 ○サービス終了後は、相談支援専門員を通して必要な情報提供をしている。 |
| | | | | <input checked="" type="checkbox"/> 156 | 他の福祉施設・事業所や地域・家庭への移行にあたり、福祉サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書を定めている。 | | | |
| | | | | <input checked="" type="checkbox"/> 157 | 福祉サービスの利用が終了した後も、組織として利用者や家族等が相談できるように担当者や窓口を設置している。 | | | |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> 158 | | 福祉サービスの利用が終了した時に、利用者や家族等に対し、その後の相談方法や担当者について説明を行い、その内容を記載した文書を渡している。 | | | | |
| | | (3) 利用者満足の向上に努めている。 | 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。 | b) | <input type="checkbox"/> 159 | 利用者満足に関する調査が定期的に行われている。 | ○利用者満足調査は行っていない。個別支援計画を策定時に意見・意向を把握し計画作成を行っている。また、把握した内容は職員会で検討している。 ○家族会への出席を行い、利用者・家族満足度について意向や意見を聞く体制がある。 ○利用者満足に対する取り組みとして、随時出される意見や意向への検討ばかりでなく、利用者・事業所との双方の向上の観点からより具体的な取り組みが望ましい。 | |
| | | | | <input checked="" type="checkbox"/> 160 | 利用者への個別の相談面接や聴取、利用者懇談会が、利用者満足を把握する目的で定期的に行われている。 | | | |
| | | | | <input checked="" type="checkbox"/> 161 | 職員等が、利用者満足を把握する目的で、利用者会や家族会等に出席している。 | | | |
| <input type="checkbox"/> 162 | 利用者満足に関する調査の担当者等の設置や、把握した結果を分析・検討するために、利用者参画のもとで検討会議の設置等が行われている。 | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 163 | 分析・検討の結果にもとづいて具体的な改善を行っている。 | | | | | | | |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目 | 評価細目 | 評価 | 着 眼 点 | コメント | | |
|------|------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|-------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ⅲ | Ⅰ | (4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。 | 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) | ■ 164 | 苦情解決の体制（苦情解決責任者の設置、苦情受付担当者の設置、第三者委員の設置）が整備されている。 | ○苦情解決の揭示はあり、施設長を責任者に苦情の聞き取りを行っているが、苦情の件数は多いとは言えない。グループホームなどで独居の利用者が多いことなどに起因してると思われるが、積極的な聞き取りを行う姿勢や工夫が少ないように感じられた。理解や表現が難しい利用者が多く、苦情の収集にも合理的な配慮と工夫が望まれる。 | |
| | | | | | ■ 165 | 苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した揭示物が掲示され、資料を利用者等に配布し説明している。 | | |
| | | | | | □ 166 | 苦情記入カードの配布やアンケート（匿名）を実施するなど、利用者や家族が苦情を申し出しやすい工夫を行っている。 | | |
| | | | | | ■ 167 | 苦情内容については、受付と解決を図った記録を適切に保管している。 | | |
| | | | | | ■ 168 | 苦情内容に関する検討内容や対応策については、利用者や家族等に必ずフィードバックしている。 | | |
| | | | | | ■ 169 | 苦情内容及び解決結果等は、苦情を申し出た利用者や家族等に配慮したうえで、公表している。 | | |
| | | | | | ■ 170 | 苦情相談内容にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。 | | |
| | | | | 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。 | b) | □ 171 | 利用者が相談したり意見を述べたりする際に、複数の方法や相手を自由に選べることをわかりやすく説明した文書を作成している。 | ○職員が日常的に利用者に寄り添い、相談を受け入れやすい状況にあるが、積極的な相談の受け入れに対する工夫が充分とは言えない。相談室を有効に活用し、相談方法や時間など、利用者に分かりやすい説明などの工夫が望まれる。 |
| | | | | | □ 172 | 利用者や家族等に、その文章の配布やわかりやすい場所に掲示する等の取組を行っている。 | | |
| | | | | | ■ 173 | 相談をしやすい、意見を述べやすいスペースの確保等の環境に配慮している。 | | |
| | | | | 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。 | b) | ■ 174 | 相談や意見を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等について定めたマニュアル等を整備している。 | ○利用者からの相談に対しては、相談支援専門員など関係機関と情報を共有し、必要な対応を行っている。 ○施設内に意見箱やアンケート等の実施はなく、積極的な意見の把握が望まれる。 |
| | | | ■ 175 | | | 対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。 | | |
| | | | ■ 176 | | | 職員は、日々の福祉サービスの提供において、利用者が相談しやすく意見を述べやすいように配慮し、適切な相談対応と意見の傾聴に努めている。 | | |
| | | | □ 177 | | | 意見箱の設置、アンケートの実施等、利用者の意見を積極的に把握する取組を行っている。 | | |
| | | | ■ 178 | | | 職員は、把握した相談や意見について、検討に時間がかかる場合に状況を速やかに説明することを含め迅速な対応を行っている。 | | |
| | | | ■ 179 | | | 意見等にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。 | | |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目 | 評価細目 | 評価 | 着 眼 点 | コメント | | |
|------|------|---------------------------------------|----------------------------------------------|----|-------|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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。 | 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) | ■ 180 | リスクマネジメントに関する責任者の明確化（リスクマネージャーの選任・配置）、リスクマネジメントに関する委員会を設置するなどの体制を整備している。 | ○事故やヒヤリハットの収集は、法人の規定に則り報告されている。毎日の朝礼で周知され、支援会議・職員会議で対策の検討が行われている。 ○ここ数年、事故報告はなく、ヒヤリハットの報告も年々減少してる。施設が開設し三年が経過し、職員・利用者ともに努力した結果と評価できる面もあるが、事故報告の基準にも問題があるように思われる。また、就労作業上の発注などのミスと、支援上の問題が同様の規定で報告されており、支援上の問題点が不明確となっていた。利用者の命を預かり、安心・安全な支援を第一に考えなければならない福祉施設として、重大事故防止のために、より一層積極的な情報の収集と課題の抽出に努力することを期待したい。 | |
| | | | | | ■ 181 | 事故発生時の対応と安全確保について責任、手順（マニュアル）等を明確にし、職員に周知している。 | | |
| | | | | | ■ 182 | 利用者の安心と安全を脅かす事例の収集が積極的に行われている。 | | |
| | | | | | ■ 183 | 収集した事例をもとに、職員の参画のもとで発生要因を分析し、改善策・再発防止策を検討・実施する等の取組が行われている。 | | |
| | | | | | ■ 184 | 職員に対して、安全確保・事故防止に関する研修を行っている。 | | |
| | | | | | ■ 185 | 事故防止策等の安全確保策の実施状況や実効性について、定期的に評価・見直しを行っている。 | | |
| | | | 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) | ■ 186 | 感染症対策について、責任と役割を明確にした管理体制が整備されている。 | | ○当施設が「食」に特化した就労作業を行っているため、感染症の予防・対策には、細心の注意を払い、法人の研修の他に保健所の研修にも参加している。施設内には、作業種ごとに5ヶ所のトイレが設置され感染の防止に努めている。利用者自身も一般的なバイタルサインだけでなく、便の状態には少しでも異常があった場合、職員に報告する習慣ができている。 |
| | | | | | ■ 187 | 感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を作成し、職員に周知徹底している。 | | |
| | | | | | ■ 188 | 担当者等を中心にして、定期的に感染症の予防や安全確保に関する勉強会等を開催している。 | | |
| | | | | | ■ 189 | 感染症の予防策が適切に講じられている。 | | |
| | | | | | ■ 190 | 感染症が発生した場合には対応が適切に行われている。 | | |
| | | | | | ■ 191 | 感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を定期的に見直している。 | | |
| | | | ③ 災害時等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) | ■ 192 | 災害時の対応体制が決められている。 | | ○昨年度より、地震や水害を想定した訓練を実施し、マニュアルの確認を行っている。 ○栄養士が責任者となり、食料の備蓄を行い、災害時の福祉避難所としての機能を維持している。 |
| | | | | | ■ 193 | 立地条件等から災害の影響を把握し、建物・設備類、福祉サービス提供を継続するために必要な対策を講じている。 | | |
| | | | | | ■ 194 | 利用者及び職員の安否確認の方法が決められ、すべての職員に周知されている。 | | |
| | | | | | ■ 195 | 食料や備品類等の備蓄リストを作成し、管理者を決めて備蓄を整備している。 | | |
| | | | | | ■ 196 | 防災計画等整備し、地域の行政をはじめ、消防署、警察、自治会、福祉関係団体等と連携するなど、体制をもって訓練を実施している。 | | |
| | | | | | ■ 197 | 防犯に係る利用者等の安全の確保対策を検討し、実施している。 | | |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目 | 評価細目 | 評価 | 着 眼 点 | コメント | | |
|------|------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| Ⅲ | 2 福祉サービスの質の確保 | (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。 | 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。 | b) | ■ 198 | 標準的な実施方法が適切に文書化されている。 | ○就労活動を主とする当施設において、共通の支援方法を定めることは困難なため、利用者毎の個別の支援内容を記載している。 ○記録においては、作業種ごとの記録が主で、個別の記録は充分とは言えない。マニュアルや個別支援計画に沿った記録の記載が必要と思われる。 | |
| | | | | | ■ 199 | 標準的な実施方法には、利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢が明示されている。 | | |
| | | | | | ■ 200 | 標準的な実施方法について、研修や個別の指導等によって職員に周知徹底するための方策を講じている。 | | |
| | | | | | □ 201 | 標準的な実施方法にもとづいて実施されているかどうかを確認する仕組みがある。 | | |
| | | | | a) | ■ 202 | 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しに関する時期やその方法が組織で定められている。 | | ○概ね2ヶ月毎に作業種ごとの支援方法の見直しを行い、売り上げや利用者特性など必要に応じて支援方法の見直しを行っている。 |
| | | | | ■ 203 | 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しが定期的実施されている。 | | | |
| | | | | ■ 204 | 検証・見直しにあたり、個別支援計画の内容が必要に応じて反映されている。 | | | |
| | | | | ■ 205 | 検証・見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案が反映されるような仕組みになっている。 | | | |
| | | (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。 | 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。 | b) | ■ 206 | 個別支援計画策定の責任者を設置している。 | ○施設長を責任者に支援ソフトを使い、生活施設と連携をとりながらアセスメントが行われている。その中で課題が出てきた場合は、毎月の支援会議で検討されている。 ○アセスメントの領域に個人差が見られ、課題の抽出や新たな気づきには充分とは言えない。日頃気づかない課題や問題をアセスメントの過程で発見し、大きな問題を未然に防ぐと共に、利用者の新たな可能性の発見のためにアセスメント様式の見直しを期待したい。 | |
| | | | | ■ 207 | アセスメント手法が確立され、適切なアセスメントが実施されている。 | | | |
| | | | | ■ 208 | 部門を横断したさまざまな職種の関係職員（種別によっては組織以外の関係者も）が参加して、アセスメント等に関する協議を実施している。 | | | |
| | | | | ■ 209 | 個別支援計画には、利用者一人ひとりの具体的なニーズが明示されている。 | | | |
| | | | □ 210 | 個別支援計画を策定するための部門を横断したさまざまな職種による関係職員（種別によっては組織以外の関係者も）の合議、利用者の意向把握と同意を含んだ手順を定めて実施している。 | | | | |
| | | | ■ 211 | 個別支援計画どおりに福祉サービスが行われていることを確認する仕組みが構築され、機能している。 | | | | |
| | | | ■ 212 | 支援困難ケースへの対応について検討し、積極的かつ適切な福祉サービスの提供が行われている。 | | | | |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目 | 評価細目 | 評価 | 着 眼 点 | コメント | | |
|-------|----------------------------|----------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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。 | b) | ■ 213 | 個別支援計画の見直しについて、見直しを行う時期、検討会議の参加職員、利用者の意向把握と同意を得るための手順等、組織的な仕組みを定めて実施している。 | ○個別支援計画実施の確認は、利用者の誕生日とその6ヶ月後の個別支援計画改定時に行われ、内容の変更など問題となった事項について、毎月の支援会議で検討し、周知されている。 ○アセスメントの様式ごとの評価と個別支援計画の作成が出来ていないため、領域に添った見直しが出来ていない。課題の明確化が図れる評価・見直しの方法の確立が必要と思われる。 | |
| | | | | | ■ 214 | 見直しによって変更した個別支援計画の内容を、関係職員に周知する手順を定めて実施している。 | | |
| | | | | | ■ 215 | 個別支援計画を緊急に変更する場合の仕組みを整備している。 | | |
| | | | | | ■ 216 | 個別支援計画の評価・見直しにあたっては、標準的な実施方法に反映すべき事項、福祉サービスを十分に提供できていない内容（ニーズ）等、福祉サービスの質の向上に関わる課題等が明確にされている。 | | |
| | | (3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。 | 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。 | b) | ■ 217 | 利用者の身体状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって把握し記録している。 | | ○支援ソフトを使い、日常の記録が個別の支援記録に記載されるように施設内の事務所でネットワークが構築されている。 ○日常の記録は正確に個別の記録に反映されているが、個別支援計画に沿った記述がない。また、全体的に記録量が少なく、今後の課題や問題の発見のための記録とはなっていない。 利用者個別の記録は、利用者の生きた証と、担当職員の努力の証でもあり、基本的な見直しと充実が必要である。 |
| | | | | | □ 218 | 個別支援計画にもとづくサービスが実施されていることを記録により確認することができる。 | | |
| | | | | | □ 219 | 記録する職員で記録内容や書き方に差異が生じないように、記録要領の作成や職員への指導等の工夫をしている。 | | |
| | | | | | ■ 220 | 組織における情報の流れが明確にされ、情報の分別や必要な情報が的確に届くような仕組みが整備されている。 | | |
| | ■ 221 | | | | 情報共有を目的とした会議の定期的な開催等、部門横断での取組がなされている。 | | | |
| | ■ 222 | | | | パソコンのネットワークシステムの利用や記録ファイルの回覧等を実施して、事業所内で情報を共有する仕組みが整備されている。 | | | |
| | (2) 利用者に関する記録の管理体制が確立している。 | a) | ■ 223 | 個人情報保護規程等により、利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関する規定を定めている。 | ○法人の管理規定に則り、適切に管理されており、管理方法についても、法人で研修が行われている。 | | | |
| | | | | ■ 224 | | 個人情報の不適正な利用や漏えいに対する対策と対応方法が規定されている。 | | |
| | | | | ■ 225 | | 記録管理の責任者が設置されている。 | | |
| | | | | ■ 226 | | 記録の管理について個人情報保護の観点から、職員に対し教育や研修が行われている。 | | |
| ■ 227 | | | | 職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。 | | | | |
| ■ 228 | | | | 個人情報の取扱いについて、利用者や家族に説明している。 | | | | |

事業評価の結果（内容評価項目）

福祉サービス種別 就労継続支援B型事業所
事業所名（施設名） 障害者福祉施設 空風

第三者評価の判断基準

長野県福祉サービス第三者評価基準の考え方と評価のポイント、評価の着眼点【障がい者・児福祉サービス版】共通項目に係る判断基準による

○判断基準の「a、b、c」は、評価項目に対する到達状況を示しています。
 「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

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目 | 評価細目 | 評価 | 着眼点 | コメント | |
|------|------------------|--------------|-------------------------------|----|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A | 1 利用者の尊重と権利擁護 | (1) 自己決定の尊重 | 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。 | b) | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | 利用者の自己決定を尊重するエンパワメントの理念にもとづく個別支援を行っている。 | ○日々の就労活動の中、利用者が少しでも多く自信を持って作業を行い、社会参加できるよう仲間の利用者を含めて施設全体で工夫し努力している。 ○利用者の権利意識の向上のために特別な時間や機会を設けることはできていない。しかし、管理職も一般職員もこれらについて課題であるという認識はあり、改善が期待できる。 |
| | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | 利用者の主体的な活動については、利用者の意向を尊重しながら、その発展を促すように支援を行っている。 | |
| | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> 3 | 趣味活動、衣服、理美容や嗜好品等については、利用者の意思と希望や個性を尊重し、必要な支援を行っている。 | |
| | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> 4 | 生活に関わるルール等については、利用者と話し合う機会（利用者同士が話し合う機会）を設けて決定している。 | |
| | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> 5 | 利用者一人ひとりへの合理的配慮が、個別支援や取組をつづけて具体化されている。 | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> 6 | 利用者の権利について職員が検討し、理解・共有する機会が設けられている。 | |
| | | (2) 権利侵害の防止等 | 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。 | c) | <input type="checkbox"/> 7 | 権利侵害の防止等のために具体的な内容・事例を収集・提示して利用者に周知している。 | ○利用者の権利侵害については、その重要性を法人・施設の理念や行動規範に掲げ、職員間でも周知徹底を図っている。 ○人権侵害の起こった場合の届出・報告についても法人の規定があり、法人で研修が行われている。 ○現実には、人権侵害の報告は少なく、対策を検討するまでには至っていない。より高い人権意識の中で支援が行われ、人権侵害が発生した場合を想定し、より積極的な事例の収集と再発防止のシステムの構築が必要と思われる。 |
| | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> 8 | 権利侵害の防止と早期発見するための具体的な取組を行っている。 | |
| | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> 9 | 原則禁止される身体拘束を緊急やむを得ない場合に一時的に実施する際の具体的な手続と実施方法を明確に定め、職員に徹底している。 | |
| | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> 10 | 所管行政への虐待の届出・報告についての手順等を明確にしている。 | |
| | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> 11 | 権利侵害の防止等について職員が具体的に検討する機会を定期的に設けている。 | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> 12 | 権利侵害が発生した場合に再発防止策等を検討し、理解のもとで実践する仕組みが明確化されている。 | |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目 | 評価細目 | 評価 | 着 眼 点 | コメント | |
|--------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------|------------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A | 2 生活 支援 | (1) 支援の基本 | ① 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。 | b) | ■ 13 | 利用者の心身の状況、生活習慣や望む生活等を理解し、一人ひとりの自律・自立に配慮した個別支援を行っている。 | ○当施設は就労支援施設のため、生活支援を主には行っていないが、相談支援専門員やグループホームなどの生活施設と連携し、地域での自立生活を側面的に支援している。 ○就労作業を通して、発注業者や支援者の意向をできる限り理解できるよう、様々な工夫をして、作業指示の伝達や利用者の意向を把握する努力を行っているが、更なる努力を期待したい。 ○日常的に利用者の思いを把握し、日々の就労作業に活かせるように様々な配慮を行うと共に、必要な情報提供を行っている。 ○収入を得ることが重要な当施設において、限られた時間の中で個別に利用者同士話し合う時間を持つことは困難な状況にある。しかし、このような状況に施設の管理者・一般職員共に問題を感じており、今後の改善が期待できる。 |
| | | | | ■ 14 | 利用者が自力で行う生活上の行為は見守りの姿勢を基本とし、必要な時には迅速に支援している。 | | |
| | | | | ■ 15 | 自律・自立生活のための動機づけを行っている。 | | |
| | | | | ■ 16 | 生活の自己管理ができるように支援している。 | | |
| | | | | ■ 17 | 行政手続、生活関連サービス等の利用を支援している。 | | |
| | | | 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。 | b) | ■ 18 | 利用者の心身の状況に応じて、さまざまな機会や方法によりコミュニケーションがはかられている。 | |
| | | | | ■ 19 | コミュニケーションが十分ではない利用者への個別的な配慮が行われている。 | | |
| | | | | ■ 20 | 意思表示や伝達が困難な利用者の意思や希望をできるだけ適切に理解するための取組を行っている。 | | |
| | | | | ■ 21 | 利用者のコミュニケーション能力を高めるための支援を行っている。 | | |
| | | | | ■ 22 | 必要に応じて、コミュニケーション機器の活用や代弁者の協力を得るなどの支援や工夫を行っている。 | | |
| | | | 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。 | b) | □ 23 | 利用者が職員に話したいことを話せる機会を個別に設けている。 | |
| | | | | ■ 24 | 利用者の選択・決定と理解のための情報提供や説明を行っている。 | | |
| | | | | ■ 25 | 利用者の意思決定の支援を適切に行っている。 | | |
| ■ 26 | 相談内容について、サービス管理責任者等と関係職員による検討と理解・共有を行っている。 | | | | | | |
| ■ 27 | 相談内容をもとに、個別支援計画への反映と支援全体の調整等を行っている。 | | | | | | |
| 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。 | b) | ■ 28 | 個別支援計画にもとづき利用者の希望やニーズにより選択できる日中活動(支援・メニュー等)の多様化をはかっている。 | | | | |
| | ■ 29 | 利用者の状況に応じて活動やプログラム等へ参加するための支援を行っている。 | | | | | |
| | ■ 30 | 利用者の意向にもとづく余暇やレクリエーションが適切に提供されている。 | | | | | |
| | ■ 31 | 文化的な生活、レクリエーション、余暇及びスポーツに関する情報提供を行っている。 | | | | | |
| | ■ 32 | 地域のさまざまな日中活動の情報提供と必要に応じた利用支援を行っている。 | | | | | |
| | ■ 33 | 個別支援計画の見直し等とあわせて日中活動と支援内容等の検討・見直しを行っている。 | | | | | |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目 | 評価細目 | 評価 | 着 眼 点 | コメント | |
|------|--------------|-----------------------------------|------------------------------|------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A | 2 | (1) | ⑤ 利用者の障がいの状況に応じた適切な支援を行っている。 | a) | ■ 34 | 職員は障がいに関する専門知識の習得と支援の向上をはかっている。 | ○専門知識の習得を目指して、知的障害者福祉協会や法人の勉強会など、様々な研修に出席し、その結果は、職員会議にて伝達研修を行っている。また、利用者の様々な問題に対して、法人の事例検討会で検討し、施設を越えた意見や助言を得ている。 |
| | | | | | ■ 35 | 利用者の障がいによる行動や生活の状況などを把握し、職員間で支援方法等の検討と理解・共有を行っている。 | |
| | | | | | ■ 36 | 利用者の不適応行動などの行動障がいに関し、個別かつ適切な対応を行っている。 | |
| | | | | | ■ 37 | 行動障がいなど個別的な配慮が必要な利用者の支援記録等にもとづき、支援方法の検討・見直しや環境整備等を行っている。 | |
| | | | | | ■ 38 | 利用者の障がいの状況に応じて利用者間の関係の調整等を必要に応じて行っている。 | |
| | (2) 日常的な生活支援 | ① 個別支援計画にもとづく日常的生活支援を行っている。 | b) | ■ 39 | 食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本としておいしく、楽しく食べられるように工夫されている。 | ○食に特化した就労活動をしている施設のため、施設が販売する「お弁当」と同じ食事を他の部門の利用者も食べている。担当する利用者が出した食事を利用者・職員共に食べることで施設の一体感を強くしている。 ○各職種に独立したトイレが設備され、何れも清潔に保たれていた。必要に応じてシャワーも使用でき、施設全体が衛生面に最大限に注意する姿勢が見られた。 ○就労施設でありながら、できる限りの生活支援を行っているが、評価や個別支援計画への記載は充分とは言えない。支援の更なる充実を目指した評価と個別支援計画作成が必要と思われる。 | |
| | | | | ■ 40 | 利用者の心身の状況に応じて食事の提供と支援等を行っている。 | | |
| | | | | ■ 41 | 利用者の心身の状況に応じて入浴支援や清拭等を行っている。 | | |
| | | | | ■ 42 | 利用者の心身の状況に応じて排せつ支援を行っている。 | | |
| | | | | ■ 43 | 利用者の心身の状況に応じて移動・移乗支援を行っている。 | | |
| | (3) 生活環境 | 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) | ■ 44 | 利用者の居室や日中活動の場等は、安心・安全に配慮されている。 | ○就労支援を主に置いた施設のため、特別な障がいに配慮した設備はないが、利用者の安全と安心に配慮した明るく清潔な環境が用意されている。 | |
| | | | | ■ 45 | 居室、食堂、浴室、トイレ等は、清潔、適温と明るい雰囲気を保っている。 | | |
| | | | | ■ 46 | 利用者が思い思いに過ごせるよう、また安眠(休息)できるような生活環境の工夫を行っている。 | | |
| | | | | ■ 47 | 他の利用者に影響を及ぼすような場合、一時的に他の部屋を使用するなどの対応と支援を行っている。 | | |
| | | | | ■ 48 | 生活環境について、利用者の意向等を把握する取組と改善の工夫を行っている。 | | |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目 | 評価細目 | 評価 | 着 眼 点 | コメント | | |
|------|------|-----------------|--------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| A | 2 | (4) 機能訓練・生活訓練 | 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。 | b) | ■ 49 | 生活動作や行動のなかで、意図的な機能訓練・生活訓練や支援を行っている。 | ○利用者の就労活動が意欲的に行われるよう、作業種目や役割に配慮し、様々な工夫がされている。 ○作業種目ごとの生産量の向上と、利用者を効率よく作業に従事するための計画はあるが、利用者の個別支援計画に個別の作業能力の向上のための訓練計画はない。客観性の高い作業評価をもととしたより具体的な訓練計画と、それに添った支援、モニタリングによる更なる作業能力と意欲の向上が期待できる。 | |
| | | | | | ■ 50 | 利用者が主体的に機能訓練・生活訓練を行えるよう工夫している。 | | |
| | | | | | □ 51 | 利用者の障がいの状況に応じて専門職の助言・指導のもとに機能訓練・生活訓練を行っている。 | | |
| | | | | | □ 52 | 利用者一人ひとりの計画を定め、関係職種が連携して機能訓練・生活訓練を行っている。 | | |
| | | | | | □ 53 | 定期的にモニタリングを行い、機能訓練・生活訓練計画や支援の検討・見直しを行っている。 | | |
| | 5 | (5) 健康管理・医療的な支援 | 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。 | b) | ■ 54 | 入浴、排せつなどの支援のさまざまな場面をつうじて、利用者の健康状態の把握に努めている。 | ○食に特化した就労支援を行う施設のため、利用者の健康状態には特に細心の注意を払っている。そのために職員は、法人の健康管理についての研修だけでなく、保健所などの研修にも参加し、その専門性を高めている。 ○利用者の障がい程度や原疾患が多様化する中、利用者の個々の障がいに合わせた健康の維持・増進については、職員間でも課題としての認識があり、今後の改善が期待できる。 | |
| | | | | | □ 55 | 医師又は看護師等による健康相談や健康面での説明の機会を定期的に設けている。 | | |
| | | | | | □ 56 | 利用者の障がいの状況にあわせた健康の維持・増進のための工夫を行っている。 | | |
| | | | | | ■ 57 | 利用者の体調変化等における迅速な対応のための手順、医師・医療機関との連携・対応を適切に行っている。 | | |
| | | | | | ■ 58 | 障がい者・児の健康管理等について、職員研修や職員の個別指導等を定期的に行っている。 | | |
| | | | | 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) | ■ 59 | 医療的な支援の実施についての考え方(方針)と管理者の責任が明確であり、実施手順や個別の計画が策定されている。 | ○施設内に医療的な部署や設備はなく、当施設が中心に医療機関を介しての健康管理は行っていないが、協力病院・嘱託医や生活施設等と緊密な連携をとり、健康管理に努めている。 |
| | | | | | | ■ 60 | 服薬等の管理(内服薬・外用薬等の扱い)を適切かつ確実にしている。 | |
| | | | | | | ■ 61 | 慢性疾患やアレルギー疾患等のある利用者については、医師の指示にもとづく適切な支援や対応を行っている。 | |
| | | | | | | ■ 62 | 介護職員等が実施する医療的ケアは、医師の指示にもとづく適切かつ安全な方法により行っている。 | |
| | | | | ■ 63 | 医師や看護師の指導・助言のもと、安全管理体制が構築されている。 | | | |
| | | | | ■ 64 | 医療的な支援に関する職員研修や職員の個別指導等を定期的に行っている。 | | | |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目 | 評価細目 | 評価 | 着 眼 点 | コメント | |
|------|----------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------|------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| A | 2 | (6) 社会参加、学習支援 | 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) | ■ 65 | 利用者の希望と意向を把握し、社会参加に資する情報や学習・体験の機会を提供する等、社会参加への支援を行っている。 | ○就労支援施設でありながら、就労活動のみに留まらず、施設やグループでの旅行や外出の機会を設け、利用者間の交流や社会参加を促している。 |
| | | | | | ■ 66 | 利用者の外出・外泊や友人との交流等について、利用者を尊重して柔軟な対応や支援を行っている。 | |
| | | | | | ■ 67 | 利用者や家族等の希望と意向を尊重して学習支援を行っている。 | |
| | | | | | ■ 68 | 利用者の社会参加や学習の意欲を高めるための支援と工夫を行っている。 | |
| | (7) 地域生活への移行と地域生活の支援 | 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) | ■ 69 | 利用者の希望と意向を把握し、地域生活に必要な社会資源に関する情報や学習・体験の機会を提供している。 | ○前身の入所施設の閉鎖に伴い、開所された通所施設のため、利用者の多くがグループホームで生活している。そのため、相談支援センターやグループホームとの連携体制も確立され、障がい者の地域生活の維持増進に積極的に寄与している。 | |
| | | | | ■ 70 | 利用者の社会生活力と地域生活への移行や地域生活の意欲を高める支援や工夫を行っている。 | | |
| | | | | ■ 71 | 地域生活への移行や地域生活について、利用者の意思や希望が尊重されている。 | | |
| | | | | ■ 72 | 地域生活への移行や地域生活に関する課題等を把握し、具体的な生活環境への配慮や支援を行っている。 | | |
| | | | | ■ 73 | 地域生活への移行や地域生活のための支援について、地域の関係機関等と連携・協力している。 | | |
| | (8) 家族等との連携・交流と家族支援 | 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) | ■ 74 | 家族等との連携・交流にあたっては、利用者の意向を尊重して対応を行っている。 | ○施設には、利用者の家族会があり、年1回の総会と家族会主催の研修会、その他に役員会が2回あり、施設との連携と良好な関係が伺えた。 ○個々の家族に対して、細かい連絡が必要な場合には、「連絡ノート」を用意し、互いの情報交換に努めている。 | |
| | | | | ■ 75 | 利用者の生活状況等について、定期的に家族等への報告を行っている。 | | |
| | | | | ■ 76 | 利用者の生活や支援について、家族等と意見交換する機会を設けている。 | | |
| | | | | ■ 77 | 利用者の生活や支援に関する家族等からの相談に応じ、必要に応じて助言等の家族支援を行っている。 | | |
| | | | | ■ 78 | 利用者の体調不良や急変時の家族等への報告・連絡ルールが明確にされ適切に行われている。 | | |
| | | | | ■ 79 | 利用者の生活と支援に関する家族等との連携や家族支援についての工夫を行っている。 | | |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目 | 評価細目 | 評価 | 着 眼 点 | コメント | | |
|------|-----------|-------------------------------------|-----------------------------------|----|-------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A | 3 発達支援 | (1) 発達支援 | ① 子どもの障がいの状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。 | | 80 | 子どもの発達過程や適応行動の状況等を踏まえた発達支援(個別支援)を行っている。 | 子どもは行っていないので非該当 | |
| | | | | | 81 | 子どもの発達に応じて必要となる基本的日常動作や自立生活を支援するための活動や取組について、個別活動と集団活動を組み合わせながら実施している。 | | |
| | | | | | 82 | 子どもの活動プログラムについてはチームで作成するとともに、子どもの状況に応じた工夫や見直しを行っている。 | | |
| | | | | | 83 | 子どもと保護者に対し、学校及び保育所や認定こども園、児童発達支援事業所等との情報共有、連携・調整をはかっている。 | | |
| | 4 就労支援 | (1) 就労支援 | 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) | ■ | 84 | 利用者一人ひとりの働く力や可能性を引き出すような取組や工夫を行っている。 | ○施設内の就労作業は、利用者の特性に合わせた様々な工夫がされており、利用者一人ひとりが持てる能力を最大限に活かし、意欲的に仕事に取り組んでいる姿が見られた。 ○法人内に「相談支援事業所」や「就労移行事業所」があり、互いに連携をとりながら、施設内の就労作業に留まらず、一般就労への道も用意されている。 ○施設内の就労作業の一環に、施設外での販売活動もあり、一般社会でのマナーの修得の機会となっている。 |
| | | | | | ■ | 85 | 利用者一人ひとりの障がいに応じた就労支援を行っている。 | |
| | | | | | ■ | 86 | 利用者の意向や障がいの状況にあわせて、働くために必要なマナー、知識・技術の習得や能力の向上を支援している。 | |
| | | | | | ■ | 87 | 働く意欲の維持・向上のための支援を行っている。 | |
| | | | | | ■ | 88 | 仕事や支援の内容について、利用者への定期的な報告と話し合いを行っている。 | |
| | | | | | ■ | 89 | 地域の企業、関係機関、家族等との連携・協力のもとに就労支援を行っている。 | |
| | | 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。 | b) | ■ | 90 | 利用者の意向や障がいの状況に応じた仕事時間、内容・工程等となっている。 | ○「弁当」「パン」「農業」と食に特化した3つの作業グループを用意して、それぞれの作業グループで利用者の特性に合わせた作業工程を用意している。 ○利用者の工賃規定は、出勤に応じた基本部分と、能力に応じた加算部分の2段階に分かれ、利用者の就労意欲が向上するよう考えられており、適正に支払が行われていた。それに加え、利用者・職員が現状の工賃に満足することなく、更なる工賃アップを目指している。 ○食に特化した就労作業のため、衛生面には特に注意が払われており、施設全体に清潔感があった。また、包丁など刃物を使った作業も多い中、安全に管理されており、刃物による大きな事故は報告されていないが、ヒヤリハット報告の収集を積極的に行い、より一層の注意を期待したい。 | |
| | | | | ■ | 91 | 利用者が選択できるよう、多様な仕事の内容・工程等を提供するための工夫を行っている。 | | |
| | | | | ■ | 92 | 仕事の内容・工程等の計画は、利用者で作成するよう努めている。 | | |
| | | | | ■ | 93 | 賃金(工賃)等を利用者にわかりやすく説明し、同意を得たうえで適切に支払われている。 | | |
| | | | | ■ | 94 | 賃金(工賃)を引き上げるための取組や工夫を行っている。 | | |
| | | | | □ | 95 | 労働安全衛生に関する配慮を適切に行っている。 | | |

| 評価対象 | 評価分類 | 評価項目 | 評価細目 | 評価 | 着 眼 点 | コメント |
|------|------|------|-----------------------------------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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。 | b) | <input checked="" type="checkbox"/> 96 職場や受注先の開拓等により仕事の機会の拡大(職場開拓)に努めている。 <input type="checkbox"/> 97 障害者就業・生活支援センターやハローワーク等との連携を定期的かつ適切に行っている。 <input type="checkbox"/> 98 利用者の障がいの状況や働く力にあわせて、利用者と企業とのマッチングなどの就職支援を適切に行っている。 <input type="checkbox"/> 99 就労後の利用者と職場との関係づくりなど、職場定着等の支援を必要に応じて行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 100 利用者や地域の障がい者が離職した場合などの受入や支援を行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 101 地域の企業等との関係性の構築や障がい者が働く場における「合理的配慮」を促進する取組・働きかけを行っている。 | <p>○利用者の一般就労については、法人内の就労移行事業所と連携して行っている。当施設では、開所3年で1名の利用者が一般就労を果たしている。</p> <p>○就労継続B型施設において、一般就労を目指した施設外就労が認められ、また、就労移行事業所で就労が果たせなかった利用者の再挑戦を促す意味でも、障害者雇用促進法の理解やハローワーク等との連携が望まれる。利用者の更なる社会参加を促すためにより一層の研鑽と情報の収集が必要と思われる。</p> |

利用者調査の結果

福祉サービス種別 軽費老人ホーム
事業所名(施設名) ヴィラ緑風苑

1 調査概要

| | | | |
|-------------------|---------|-------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 調査対象者 | | 利用者本人 | |
| 調査方法 | アンケート方式 | | |
| 利用者総数(人) | | 50人 | 調査対象者は、入居されている全員アンケート方式にて実施する。調査票は、封筒に入れ封をし、調査機関が用意した箱に入れていただき、調査機関が開封し、集計いたしました。 |
| 調査対象者数(人) | | 50人 | |
| 有効回答者数(人) | | 46人 | |
| 利用者総数に対する回答者割合(%) | | 92% | |

2 利用者調査全体のコメント

大変満足、満足と答えた方が6割、ふつうと答えた方も含めると、100%に近い方がここでの生活をよしと思われている。入居する前のことに関しては、家族等が行うことが多く、ほとんど非該当となっている。職員との関係で、比較的「はい」の割合が低い項については、今後の課題とされたい。

3 利用者調査の結果

| 調 査 項 目 コ メ ン ト | 実 数 | | | |
|-----------------------------------------------------------------------|------------|---------------|----------|------------------|
| | はい | どちらとも いえない | いいえ | 非該当(あて はまらない) |
| 問 1 施設の共用部分(食堂・お風呂場・トイレなど)は、清潔で気持ち良いですか | 41人 89% | 4人 9% | 1人 2% | 0人 0% |
| 9割近い方が「はい」と答えており、満足度は高い。 | | | | |
| 問 2 職員の言葉使いや態度は丁寧ですか(乱暴ではないですか) | 33人 72% | 7人 15% | 4人 9% | 2人 4% |
| 「はい」が7割以上ではあるが、[どちらともいえない]「いいえ」を合わせると、2割を超える。今後、接遇について話し合われることが求められる。 | | | | |
| 問 3 挨拶以外にも、この職員は、あなたが必要だと思うときに声をかけてくれますか | 36人 78% | 9人 20% | 1人 2% | 0人 0% |
| 8割近い方が「はい」と答えているが、残りの10人の声も大事にして課題とされたい。 | | | | |
| 問 4 個人的な手紙や電話などが、自分の意志と関係なく他の人に伝わらないようになっていますか | 39人 85% | 6人 13% | 1人 2% | 0人 0% |
| プライバシーについて、ほぼ問題ないと思われる。 | | | | |
| 問 5 あなたが職員に対して要望した内容が、その場になかった他の職員にもきちんと伝わっていますか | 29人 63% | 15人 33% | 0人 0% | 2人 4% |
| 「どちらともいえない」が3割を超えているので、情報の共有について確認されることが望ましい。 | | | | |
| 問 6 どの職員も、あなたに対して親切に対応してくれますか | 39人 85% | 6人 13% | 1人 2% | 0人 0% |
| ほぼ問題ないと思われる。 | | | | |
| 問 7 寝込んだり、歩くことが困難にならないために心がけたいことについて、施設は相談にのってくれますか | 39人 85% | 4人 9% | 1人 2% | 2人 4% |
| ほぼ問題ないと思われるが問6もあわせて「いいえ」の1人にも、配慮されたい。 | | | | |

| 調 査 項 目 コ メ ン ト | 実 数 | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---------------|-----|------------------|
| | はい | どちらとも いえない | いいえ | 非該当(あて はまらない) |
| 問 8 食事はいつもおいしいですか | 38人 | 6人 | 1人 | 1人 |
| | 83% | 13% | 2% | 2% |
| ほぼ問題ないと思われる。 | | | | |
| 問 9 食事の献立は工夫されていますか | 37人 | 7人 | 1人 | 1人 |
| | 80% | 15% | 2% | 2% |
| ほぼ問題ないと思われる。今後、さらに給食委員会の活動に期待したい。 | | | | |
| 問10 定期的に食事の要望(分量や味など)を伝える機会があり、それが献立に生かされていますか | 36人 | 9人 | 0人 | 1人 |
| | 78% | 20% | 0% | 2% |
| ほぼ問題ないと思われる。問9同様、今後も給食委員会の活動に期待したい。 | | | | |
| 問11 お風呂やシャワーの利用時間は、あなたの利用しやすい時間帯になっていますか | 39人 | 6人 | 0人 | 1人 |
| | 85% | 13% | 0% | 2% |
| 入浴については、ほぼ利用者の希望時間に入ることができている。 | | | | |
| 問12 行事やレクリエーションに楽しく参加できますか | 31人 | 12人 | 2人 | 1人 |
| | 67% | 26% | 4% | 2% |
| さらに、年度末や全体懇談会のアンケートを参考に取組まれることが求められる。 | | | | |
| 問13 緊急時(体調急変時・ケガなど)への対応は十分ですか | 32人 | 9人 | 1人 | 4人 |
| | 70% | 20% | 2% | 9% |
| 「はい」と答えている方が7割と、緊急時対応の内容の割には、やや低い。今後、検討が必要と思われる。 | | | | |
| 問14 各種お知らせなど、日頃の生活に必要な情報を十分知ることができますか | 32人 | 9人 | 4人 | 1人 |
| | 70% | 20% | 9% | 2% |
| 個別や掲示板の活用で、情報提供がされているが、さらに工夫が求められる。 | | | | |
| 問15 あなたと、この近所の方やボランティアの方との交流はありますか | 24人 | 10人 | 5人 | 7人 |
| | 52% | 22% | 11% | 15% |
| ボランティアとの交流機会はあるが、利用者の考え方もあり、「はい」と答えている方は約半分である。 | | | | |
| 問16 職員は、施設や職員に対する不満や要望に対してきちんと対応してくれますか | 10人 | 17人 | 16人 | 1人 |
| | 23% | 39% | 36% | 2% |
| 「いいえ」の割合が「はい」の割合を上まわっている。今後、検討されることが望まれる。 | | | | |
| 問17 この軽費老人ホームについて調べる際に、あなたや御家族が、ここの情報をすぐに手に入れることができましたか | 1人 | 0人 | 0人 | 45人 |
| | 2% | 0% | 0% | 98% |
| 入居にあたっては、親族等が手続きを行うことが多く、非該当がほとんどである。 | | | | |
| 問18 この軽費老人ホームへの入居を決める前における、施設運営の考え方や、施設での生活、(標準的な)サービス内容など、あなたの知りたいことについてのホームの職員からの説明は、あなたが理解し納得できるような、わかりやすいものでしたか | 1人 | 0人 | 0人 | 45人 |
| | 2% | 0% | 0% | 98% |
| 入居にあたっては、親族等が手続きを行うことが多く、非該当がほとんどである。 | | | | |
| 問19 利用開始にあたり、必要なものや持ち込めるものについての軽費老人ホームの職員からの説明は、あなたが理解し納得できるような、わかりやすいものでしたか | 1人 | 0人 | 0人 | 45人 |
| | 2% | 0% | 0% | 98% |
| 入居にあたっては、親族等が手続きを行うことが多く、非該当がほとんどである。 | | | | |