

福祉サービス第三者評価結果の公表様式〔障害者福祉サービス〕

①第三者評価機関名

(福) 静岡県社会福祉協議会

②施設・事業所情報

名称：だいたう作業所	種別：就労継続支援B型事業	
代表者氏名：牧野 和彦	定員（利用人数）： 20名	
所在地：掛川市浜野 2551-1		
TEL：0537-72-7211	ホームページ： https://kusabuenokai.org/facilities/daito/	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：平成27年7月		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人草笛の会		
職員数	常勤職員： 6名	非常勤職員 0名
専門職員	職業指導員 3名	
	サービス管理責任者 1名	
施設・設備 の概要		

③理念・基本方針

【理念】

- 1) 知的障害者を中心として様々な障害を有する利用者が、働くことをはじめとする主体的活動を推し進める中で、自立した生活を目指します。
- 2) 全ての利用者にとって入所したら入りっぱなしではなく、可能な限り多面的な社会参加・進路選択を目指します。
- 3) 施設内活動に止まらず積極的に地域との交流を保障し、利用者個々に応じた職場環境や家庭生活を目指します。

【基本方針】

- 1) 生命の尊厳
- 2) 個人の尊重
- 3) 人権の尊重
- 4) 社会への参加
- 5) 専門的な支援
- 6) 社会背景と理念

④施設・事業所の特徴的な取組

花苗生育、果樹栽培、野菜栽培及び養鶏等の第一次産業を主たる生産品とする就労継続支援B型事業所であり、自然の中で利用者一人ひとりが生き生きと働いています。平均工賃、支給最高額とも県内の平均額を上回っており、働く生きがいとともに自ら

の労働で得た収入での楽しみを持った消費生活も支えています。

養鶏事業では、駿河軍鶏振興会の会員として事務局を担当し、「駿河軍鶏」の飼育に力を入れています。令和4年10月から旧浜岡学校給食センターを改修して「だいとう作業所池新田食肉加工場」を開設し、飼育から加工、販売までの一連の工程を行う、自家生産の軍鶏肉の販売事業を積極的に推進しています。

また、作業所に隣接してグループホームを開設し、自宅から独立して暮らす人や地域で暮らすことを希望する人が利用できるように居住の支援をしています。

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和4年5月24日（契約日） ～ 令和5年3月15日（評価結果確定日）
受審回数(前回の受審時期)	0回

⑥ 総評

◇特に評価の高い点

- ・ 支援理念、環境理念及び環境方針をホームページやパンフレットに掲載し周知しています。また支援理念・倫理綱領・利用者憲章、・職員の心得等利用者の支援をするうえで法人が大切にしている事柄を、ポケットサイズの小冊子にまとめ、職員に配付し、誰もが実践できるように理解の促進を図っています。
- ・ 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、福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算情報を適切に公開しています。あわせて、法人の実施する地域福祉向上の取組や苦情解決の状況についても公開しています。
- ・ 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービスを提供するために、「日常生活介助マニュアル」を整備してあります。また小冊子「職員としての心構え」に記載し、採用時の研修と職員全体研修で説明し、理解を図っています。
- ・ 毎月生産会議を実施し、授産活動状況表により実績を把握し、次月の目標の強化や見直しをしています。事業計画は職員参画で作成し、利用者一人ひとりの作業分担や目標も設定しています。
- ・ 工賃向上を目指して、駿河軍鶏振興会の会員として、「駿河軍鶏」の飼育に力を入れています。令和4年10月からは旧浜岡学校給食センターに「だいとう作業所池新田食肉加工場」を開設し、飼育から加工、販売までの一連の工程を行う、自家生産の軍鶏肉の販売事業を積極的に推進しています。
- ・ 後継者不足や耕作放棄地として取得した40000㎡もの広大な土地を活用し、みかんや多種類の花や野菜を生産して販売しています。戻り苗はプランター植えにして再利用してロス低減を図っています。販売は一般来客者、地元企業、近隣学校などへの直売の割合を高めています。

◇改善を求められる点

- ・ 中・長期のビジョンや事業計画を作成していません。
- ・ 法人内部の定款や規則規程については理解を深めていますが、事業を行う上で必要な

法令等の把握をしていません。法令遵守の観点で、経営に関する研修会や勉強会に参加し、遵守すべき法令等を理解するための取組が求められます。

- ・年2回の人事考課で正規職員とは面接を行っていますが、正規職員以外との面接は行えていません。また、階層別の職員の業務目標や職責は明示してありますが、職員一人ひとりの目標は設定されていません。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

評価結果に挙げられました幾多の指摘、助言事項につきましては真摯に受け止め、今後の事業所運営、支援現場において改善、参考に取り組んでいきたいと思っております。

また、ここ数年来法人事業計画にも重点目標として掲げられている『職員の教育・研修』、『権利侵害の防止等』については高い評価を頂き、現場職員ともども大いに自信と自覚をもったことと確信しております。

また、この結果に安堵、過信することなく、今後の利用者支援、福祉サービスの提供につなげていきたいと思っております。

訪問調査員の皆様におかれましては、コロナ禍の大変な時期に2日間にわたり、長き時間の訪問、対応誠にありがとうございました。

⑧第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

第三者評価結果〔障害者・児福祉サービス〕

※すべての評価細目について、判断基準（a・b・cの3段階）に基づいた評価結果を表示する。

- 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

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

障害者・児福祉サービス版共通評価基準

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

		第三者評価結果
I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
①	I-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	b
<p><コメント></p> <p>支援理念、環境理念、環境方針をパンフレットに掲載してある。また ISO14001 を取得し、そこにも支援理念と環境方針を掲載している。職員には、支援理念・倫理綱領・利用者憲章、職員の心得等を記載したポケットサイズの小冊子を配付し理解の促進を図っている。しかし利用者に分かりやすく、理解しやすい資料は作成していない。なお理念や基本方針の周知状況を確認している資料もない。</p>		

I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
②	I-2-(1)-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。	b
<p><コメント></p> <p>法人が実施している福祉事業の経営分析表を毎年作成し、施設長・補佐会議で報告している。社会福祉事業の動向には関心を持っているが、具体的な把握や分析は行っていない。また、地域の福祉計画や利用者の動向は自立支援協議会等で把握しているが、分析やニーズの調査等はしていない。</p>		
③	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組みを進めている。	b
<p><コメント></p> <p>事業報告書と経営分析表で経営課題を明らかにしているが、理事会や施設長・補佐会議での報告となり、職員への周知が進んでいない。また、課題の解決や改善に向けての具体的な取組が進んでいない。</p>		

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
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	I-3-(1)-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。	c
<コメント> 中・長期のビジョンや事業計画は作成していない。		
5	I-3-(1)-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。	c
<コメント> 中・長期計画を策定していない。単年度の事業計画は、利用者の支援目標を含めた、実行可能な計画となっている。		
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	I-3-(2)-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
<コメント> 毎月全職員が出勤する日に支援会議と生産会議を実施している。生産会議では授産活動状況表により実績を把握し、次月の目標の設定や見直しをしている。事業計画は職員参画で作成し、利用者一人ひとりの作業分担や目標も設定している。		
7	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
<コメント> 家族会と後援会を組織している。家族会は毎年開かれ、事業計画と事業報告を説明している。資料等に振り仮名がなく、利用者が理解しやすいようにはなっていない。		

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果
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	I-4-(1)-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
<コメント> ISO14001 の認証を 2003 年 3 月に受け、3 年ごとに更新している。障害者児施設のサービス共通評価基準に基づいて自己評価を行っているが、評価結果を分析・検討する場を組織として位置づけていない。		
9	I-4-(1)-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。	b
<コメント> 障害者児施設のサービス共通評価基準に基づき自己評価を行い、改善策を立て、整理表にまとめている。評価結果を分析・検討する場を組織として位置づけていない。		

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果

II-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
10	II-1-(1)-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
<p><コメント></p> <p>管理者は自らの役割について会議で報告し、議事録にも記載してあるが、広報誌等への掲載はしていない。事務分掌は作成してある。有事における自主防衛隊を編制してあり、班長（施設長）と副班長を配置してある。</p>		
11	II-1-(1)-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。	c
<p><コメント></p> <p>法人内部の定款や規則・規程については理解を深めているが、法令遵守の観点での経営に関する研修会や勉強会への参加など、事業を行う上で必要な法令等を把握するための取組が行われていない。</p>		
II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	II-1-(2)-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。	b
<p><コメント></p> <p>福祉サービスの自己評価を毎年実施して課題と改善案を立てている。正規職員は階層別に自己評価を行っているが、サービスの質を向上するための体制は構築していない。</p>		
13	II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	a
<p><コメント></p> <p>法人本部の設置する施設長・補佐会議において、経営の短期安定性、長期持続性、収益性、費用合理性や生産性等を事業所単位で数値化し、現状の分析と課題の検討が行われている。管理者はその内容を職員に伝え、新規事業としての駿河軍鶏の生産に力を入れている。また、経営分析表を作成して財務、労務等の分析を行うとともに、職員から勤務地や作業種目の希望を聴取している。</p>		

II-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
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	II-2-(1)-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
<p><コメント></p> <p>必要な福祉人材や人員体制について具体的な計画がない。法人の取組として、県社会福祉協議会が主催する福祉の就職フェアに参加している。また、ハローワークと人材派遣会社に登録して募集するほかに、職員の紹介による採用をしている。年4回の広報誌を掛川、菊川、御前崎の各戸に配付して職員募集をしている。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
<p><コメント></p> <p>職員の全体研修で、求められる職員像の資料を配付し説明している。倫理綱領や行動規範を</p>		

<p>掲載したポケットサイズの小冊子「職員としての心構え」を職員に配付し、携帯していつでも見ることができるようにしている。職員就業規則を定めてあるが、採用、配置、異動、昇進等の人事基準は周知されていない。また、職員が将来像を描くような総合的な仕組みはできていない。正規職員には年2回人事考課を実施している。</p>		
<p>Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。</p>		
16	Ⅱ-2-(2)-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
<p><コメント> 人事考課を実施して、その中で職員の希望を確認している。また、職員からの要望で適宜面接をしている。経営分析表の中で職員の体制に付いての考察はあるが、具体的な計画や実施内容は示されていない。健康診断を毎年実施して、職員の心身の健康維持に努めている。コロナ禍以前は職場内の懇親会を実施し、年次休暇の取得も奨励しているが、総合的な福利厚生は行っていない。</p>		
<p>Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。</p>		
17	Ⅱ-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	c
<p><コメント> 年2回の人事考課で正規職員とは面接を行っているが、正規職員以外との面接は行っていない。階層別の職員の業務目標・職責は明示してあるが、職員一人ひとりの目標は設定されていない。</p>		
18	Ⅱ-2-(3)-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
<p><コメント> 法人のキャリアパスフレームに階層と役職別に職責と目標、必要とする資格等を記載している。また職員に配付している「職員としての心構え」の中に行動規範や基本姿勢、支援員としての心構えや責務を記載している。法人本部が作成する研修計画にもとづいて教育・研修を実施し、毎年見直しが行われている。</p>		
19	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。	b
<p><コメント> 職員の専門資格の取得状況の把握や新任職員の研修は法人全体で実施している。階層別や職種別に研修に参加しているが、正規職員が対象である。外部研修にも参加しているが、全員の参加はできていない。</p>		
<p>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。</p>		
20	Ⅱ-2-(4)-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
<p><コメント> 実習生等の受入規程が作成されている。研修・育成についての基本姿勢は明文化されておらず、実習生等の特性に配慮したプログラムも用意していない。実習指導者の研修は受講していない。</p>		

II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
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	II-3-(1)-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
<p><コメント></p> <p>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、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。また、法人の実施する地域福祉向上の取組や、苦情解決体制と苦情解決の状況についても公開されている。</p>		
22	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。	b
<p><コメント></p> <p>定款をはじめ、法人を運営する規程はしっかりと整備されている。毎年定期的に監事による監査を受けているが、外部の専門家による監査は受けていない。</p>		

II-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
23	II-4-(1)-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。	b
<p><コメント></p> <p>地域との関わり方についての考え方を示す文書は作成していない。ボランティアの受入れと地域の催し物への出店や参加で地域の人たちとの定期的な交流を行っている。地域との関わり方についての考え方を示す文書は作成されていない。ボランティアの受入れと地域の催し物への出店や参加で地域の人たちとの定期的な交流を行っている。利用者の日常生活の相談や支援はグループホームの職員や生活支援センターの職員等が主として行っており、本事業所における取組は十分でない。</p>		
24	II-4-(1)-② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	b
<p><コメント></p> <p>ボランティア受入れマニュアルを整備し、ボランティア受入れの基本姿勢が明文化され、地域との連携については計画書と実績表を整理している。しかし、地域の学校教育等への協力について基本姿勢は明文化していない。また、コロナ禍以前には、福祉の日の企画で地元の中学校と交流会を開いていた。</p>		
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	II-4-(2)-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
<p><コメント></p> <p>東遠地区自立支援協議会、知的障害者福祉協会、駿河軍鶏振興会に参加して情報交換等を行っている。個々の利用者の状況に対応するための社会資源のリストは作成していない。</p>		
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		

26	Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	a
<p><コメント></p> <p>「大東地域の連携を考える会」に参加し、地域の福祉ニーズをキャッチしている。また、同会での講演の講師もしている。</p>		
27	Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。	b
<p><コメント></p> <p>地元の中学校での福祉体験学習の実施、事業所周辺の地域清掃のほか、地元民生委員との交流会での福祉サービスの説明や利用者の特性及び関わり方を伝えている。休業日に法人施設の会議室等の貸し出しを行っているが、事業や活動を計画等で明示はしていない。</p>		

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
28	Ⅲ-1-(1)-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。	b
<p><コメント></p> <p>利用者を尊重した福祉サービスの提供について職員倫理綱領に明示し、小冊子「職員としての心構え」に記載して職員に配布し、採用時の研修及び職員全体研修で説明している。虐待防止に関するチェックリストの自己チェック票を用いて利用者との関わりをチェックしているが、定期的な状況の把握や評価等の実施はできていない。</p>		
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a
<p><コメント></p> <p>社会福祉事業に携わる者としての姿勢・責務等は「日常生活介助マニュアル」と「職員としての心構え」に明記され、採用時の研修と職員全体研修で説明されている。通所の事業所であるので入浴設備はないが、トイレは職員兼用で男女別に分かれている。家族会を組織し毎年の総会で事業報告を行い、事業所の取組を報告している。</p>		
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	Ⅲ-1-(2)-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
<p><コメント></p> <p>ホームページで、理念、基本方針、事業計画、事業報告、財務状況、苦情解決の状況等を公表している。年4回発行する広報誌を掛川、菊川、御前崎の自治会各戸に配布している。見学や体験利用にも対応しているが、利用希望者のための情報提供等の資料は用意していない。</p>		
31	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
<p><コメント></p> <p>重要事項説明書と契約書を用意して説明し、同意にあたっては、利用者の自己決定を尊重し</p>		

<p>ているが、利用者が分かりやすいように資料に振り仮名を振るなどの工夫はしていない。また、意思決定が困難な利用者への配慮についてのルール化はしていない。</p>		
32	Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	b
<p><コメント> 移行支援会議を実施し、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している。法人内での移行の場合は引き継ぎ文書は定めず、口頭での引き継ぎとなっている。利用を終了した人の相談は施設長が担当している。利用を終了した後も利用者や家族等が相談できるように窓口を設置しているが、相談方法を説明する文書は用意していない。</p>		
<p>Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。</p>		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	c
<p><コメント> 利用者満足を把握する調査、利用者への個別の聴取、利用者懇談会における聴取等の仕組みを整備し、利用者満足の結果を踏まえて、その向上に向けた取組が求められる。</p>		
<p>Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。</p>		
34	Ⅲ-1-(4)-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
<p><コメント> 苦情解決体制が整備され、苦情内容に関する利用者や家族等へのフィードバック、公表、苦情相談内容に基づく福祉サービスの質の向上に関わる取組を行う仕組みが確立している。一方、利用者等に周知する掲示物へ掲示、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についての取組が求められる。</p>		
35	Ⅲ-1-(4)-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
<p><コメント> 利用者が相談や意見を述べたりするスペースを確保しているが、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の配布や掲示等の取組が行われていない。</p>		
36	Ⅲ-1-(4)-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
<p><コメント> 利用者の意見を把握し、生産会議や支援会議で検討して福祉サービスの質の向上に取り組んでいる。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の作成、意見箱の設置、アンケートの実施などが求められる。</p>		
<p>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。</p>		
37	Ⅲ-1-(5)-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
<p><コメント> リスクマネジメントに関する責任者を明確化にし、委員会を設置するなど体制が整備されている。事故防止のための指針を策定し、事故発生時の対応と安全確保について責任や手順が</p>		

<p>明確化され、委員会の内容も職員に周知されている。ヒヤリ・ハット事例などを基に生産会議や支援会議などで改善策・再発防止策を検討・実施しているが、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の定期的な評価・見直しが行われていない。</p>		
38	Ⅲ-1-(5)-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。	b
<p><コメント> 感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等が作成され、マニュアルに基づいて対応しているが、定期的な見直しは行われていない。感染症対策についての責任と役割を明確にした管理体制、担当者等を中心にした定期的な感染症の予防や安全確保に関する勉強会等が求められる。</p>		
39	Ⅲ-1-(5)-③ 災害時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。	b
<p>災害時の対応体制が決められている。また、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。しかし、職員の安否確認方法の確立、備蓄リストの整備と管理者の配置が行われていない。月1回の施設訓練は確認したが、消防署、警察、自治会、福祉関係団体等と連携しての訓練は行われていない。</p>		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(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。		
40	Ⅲ-2-(1)-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
<p><コメント> 業務標準マニュアルに利用者の尊重や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、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取組が行われているが、標準的な実施方法に基づいて実施されているかどうかを確認する仕組みがない。</p>		
41	Ⅲ-2-(1)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	b
<p><コメント> 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・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がある。しかし、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として定められていない。</p>		
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。		
42	Ⅲ-2-(2)-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
<p><コメント> 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。また、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。部門を横断したさまざまな職種の関係職員が参加しての合議やアセスメント、利用者の意向把握と同意を含んだ手順の策定や、支援困難ケースへの対応の検討が求められる。</p>		
43	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

<p><コメント></p> <p>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の組織的な仕組みが確立している。また、個別支援計画の評価・見直しにあたって、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。しかし、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や、個別支援計画を緊急に変更する場合の仕組みが整備されていない。</p>		
<p>Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。</p>		
44	<p>Ⅲ-2-(3)-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。</p>	b
<p><コメント></p> <p>利用者の身体状況や生活状況等を統一した様式によって把握し記録され、個別支援計画に基づくサービスが実施されているか確認できるようになっている。情報共有を目的とした会議の定期的な開催等の部門横断での取組、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、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。記録要領の作成や職員への指導等の工夫は十分でない。</p>		
45	<p>Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。</p>	b
<p><コメント></p> <p>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、個人情報の不適正な利用防止についてのルールが定められている。職員は個人情報保護規程等を理解して遵守しており、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。しかし、個人情報の漏えいに対する対策と対応方法の規定や記録管理責任者の設置、職員に対しての教育や研修が行われていない。</p>		

障害者・児福祉サービス版内容評価基準

評価対象 A-1 利用者の尊重と権利擁護

		第三者評価結果
A-1-(1) 自己決定の尊重		
A①	A-1-(1)-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
<p><コメント></p> <p>エンパワメントの理念に基づき、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な支援を実施している。趣味活動や衣服に関する意向を尊重しているが、理美容や嗜好品等については十分でない。生活に関わるルール等について利用者と話し合う機会を設けている。利用者一人ひとりの合理的配慮が、個別支援をつうじて具体化されており、利用者の権利については、法人本部の人権擁護委員会に出席した職員が、支援会議などで他の職員へ共有している。</p>		
A-1-(2) 権利侵害の防止等		
A②	A-1-(2)-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。	a
<p><コメント></p> <p>利用者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。利用者の権利擁護のための具体的な取組は、「指定就労継続支援事業（B型）利用契約書」に記載して利用者や家族に周知している。権利侵害の防止と早期発見のための具体的な取組については支援会議などで実施していることを確認した。「身体拘束廃止に関する指針」において、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きと実施方法等が定められ、職員全体会議において周知されている。所管行政への虐待の届出・報告についての手順等は「虐待発生時の対応マニュアル」で明確にされている。月1回開催の人権擁護委員会に参加して権利擁護のための取組について具体的に検討しているとともに、権利侵害が発生した場合には対策会議を設置して再発防止策等を検討し、職員に周知を行う仕組みがある。</p>		

評価対象 A-2 生活支援

		第三者評価結果
A-2-(1) 支援の基本		
A③	A-2-(1)-① 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	b
<p><コメント></p> <p>利用者の心身の状況、生活習慣や望む生活等を理解し、動機づけや生活の自己管理の支援など、一人ひとりの自律・自立に配慮した個別支援が行われている。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ているが、利用者が自力で行っている際に、介助を必要とする場合やその判断について、方針や方法があらかじめ定められていない。また、行政手続、生活関連サービス等やインフォーマルサービスの利用支援は、相談支援事業所などとの連携が十分でない。</p>		

A④	A-2-(1)-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。	a
<p><コメント></p> <p>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に、普段から声かけや利用者の特性に応じた話し方を行い、コミュニケーションが十分でない利用者へは、担当者が声かけなどを実施している。利用者のコミュニケーション能力を高めるために、「朝の会」でニュースの発表、テレビや新聞のことを発言する機会を設けている。代弁者の協力を得る必要がある時は、法人内の地域生活支援センターなどと連携して対応している。</p>		
A⑤	A-2-(1)-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
<p><コメント></p> <p>相談内容を受けた際には、サービス管理責任者等と関係職員が口頭で共有し、個別支援計画への反映と支援全体の調整等を図っているが、記録されていない。利用者の選択・決定と理解のための情報提供や説明が実施されておらず、利用者の意思決定の支援の仕組みは確認できなかった。</p>		
A⑥	A-2-(1)-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
<p><コメント></p> <p>利用者の希望やニーズにより選択できる日中活動の多様化を図っているが、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・見直しは記録を確認できなかった。利用者の状況に応じて、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。なお、絵画活動を毎週金曜日午後実施しているが、利用者の意向に基づく余暇活動としては検討の余地がある。</p>		
A⑦	A-2-(1)-⑤ 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。	b
<p><コメント></p> <p>職員の障害に関する専門的知識の習得と支援の向上を図っている。個別的な配慮が必要な利用者に対しては、臨床心理士が面談し作業の変更などを行っている。利用者の障害による行動や生活の状況に基づいた、個別的かつ適切な支援方法等の検討と理解・共有の過程や、利用者間の関係の調整等の取組が記録されていない。</p>		
A-2-(2) 日常的な生活支援		
A⑧	A-2-(2)-① 個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っている。	b
<p><コメント></p> <p>利用者の心身の状況に応じた食事の提供と支援等や保清に取り組んでいる。利用者の嗜好を考慮し、楽しく食べられるような食事の工夫や、排せつ支援及び移動・移乗支援のマニュアル化が求められる。</p>		
A-2-(3) 生活環境		
A⑨	A-2-(3)-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
<p><コメント></p> <p>利用者の居室や日中活動の場等は安心・安全に配慮され、居室、食堂、浴室、トイレ等は、</p>		

<p>清潔、適温と明るい雰囲気 が保たれている。利用者が好きな場所で食事をとり、休憩できるような生活環境を工夫し、他の利用者に影響を及ぼすような場合、一時的に隣接するグループホームを活用するなどの対応と支援を行っている。また、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。</p>		
<p>A-2-(4) 機能訓練・生活訓練</p>		
<p>A⑩</p>	<p>A-2-(4)-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。</p>	<p>b</p>
<p><コメント> 生活動作や行動のなかで意図的かつ利用者主体の機能訓練・生活訓練や支援を行っているが、利用者一人ひとりの訓練計画は策定されていない。また、専門職による訓練は行っていない。</p>		
<p>A-2-(5) 健康管理・医療的な支援</p>		
<p>A⑪</p>	<p>A-2-(5)-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。</p>	<p>b</p>
<p><コメント> 入浴、排せつなどの支援の様々な場面を通じて利用者の健康状態の把握に努め、健康相談や健康面での説明の機会を定期的に設け、利用者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。また、利用者の体調変化等における迅速な対応のための手順を定め、医師・医療機関との連携・対応を適切に行っている。しかし、障害者の健康管理等について、職員研修や職員の個別指導等が定期的に行われていない。</p>		
<p>A⑫</p>	<p>A-2-(5)-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。</p>	<p>非該当</p>
<p><コメント> 医療的な支援が必要な利用者はいないため、非該当とする。</p>		
<p>A-2-(6) 社会参加、学習支援</p>		
<p>A⑬</p>	<p>A-2-(6)-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。</p>	<p>b</p>
<p><コメント> 他の施設などで野菜植えや運搬などの機会を提供して社会参加への支援を行っている。利用者や家族等の希望と意向に基づく学習支援は行っていない。また、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も行われていない。</p>		
<p>A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援</p>		
<p>A⑭</p>	<p>A-2-(7)-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。</p>	<p>b</p>
<p><コメント> 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を尊重しているが、具体的な支援の内容が記録されていない。</p>		
<p>A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援</p>		
<p>A⑮</p>	<p>A-2-(8)-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。</p>	<p>b</p>
<p><コメント> 利用者の意向を尊重して、送迎時の情報交換、家族会研修会、家族会総会で家族等と交流を</p>		

図り意見交換している。利用者の生活状況等について定期的に家族等へ報告しており、利用者の体調不良や急変時の家族等への報告・連絡ルールも緊急時マニュアルで明確にされ、適切に行われている。家族等との連携や家族支援については、相談支援センターと連携している。利用者の生活や支援に関する家族等からの相談に対する助言等は必要に応じて口頭で行われているが、記録が十分でない。

評価対象 A-4 就労支援

		第三者評価結果
A-4-(1) 就労支援		
A⑰	A-4-(1)-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。	b
<p><コメント></p> <p>技術の習得や能力の向上の支援を実施し、利用者一人ひとりの働く力や可能性を引き出すように取り組んでいる。仕事や支援の内容については、利用者と定期的な報告と話し合いの場を設けており、利用者一人ひとりの障害に応じた作業を調整している。地域の企業、関係機関、家族等との連携・協力のもとでの就労支援は行っていない。</p>		
A⑱	A-4-(1)-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
<p><コメント></p> <p>仕事の内容・工程等の計画は、利用者と作成するよう努め、「朝の会」「夕の会」「自治会」などで利用者が選択できるよう、利用者の意向や障害の状況に応じた多様な仕事の内容・工程等を提供している。工賃を引き上げるために、取扱品目や販路拡大などに取り組んでいるが、工賃等を利用者にわかりやすく説明した資料及び同意の文書がない。</p>		
A⑲	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
<p><コメント></p> <p>職場や受注先の開拓等により仕事の機会の拡大に努めている。就労者とは連絡をとり、要請時には利用者と職場との関係づくりなど職場定着等の支援を行っているが、経過が記録されていない。「生活困窮者受入に関する概要」で、利用者や地域の障害者が離職した場合などの受入や支援について明示している。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や、利用者と企業とのマッチング、地域の企業等との関係性の構築や障害者が働く場における「合理的配慮」を促進する取組・働きかけなどの就労支援は行っていない。</p>		