

福祉サービス第三者評価  
評価結果報告書  
令和4年度

社会福祉法人 電機神奈川福祉センター  
ぽこ・あ・ぽこ

株式会社フィールズ

かながわ福祉サービス第三者評価推進機構 認証第6号

# 目次

## サービス第三者評価結果報告書

### ◆福祉サービス第三者評価結果の概要

- ① 評価機関
- ② 施設・事業所情報
- ③ 理念・基本方針
- ④ 施設・事業所の特徴的な取組
- ⑤ 第三者評価受審状況
- ⑥ 総評
- ⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント
- ⑧ 第三者評価結果

### ◆第三者評価結果(共通評価)(別紙1A)

#### 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
- I-2 経営状況の把握
- I-3 事業計画の策定
- I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

#### 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
- Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成
- Ⅱ-3 運営の透明性の確保
- Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

#### 評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの提供

- Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス
- Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

### ◆第三者評価結果(内容評価)(別紙2A)

#### A-1 利用者の尊重と権利擁護

- A-1-(1) 自己決定の尊重
- A-1-(2) 権利侵害の防止等

#### A-2 生活支援

- A-2-(1) 支援の基本
- A-2-(2) 日常的な生活支援
- A-2-(3) 生活環境
- A-2-(4) 機能訓練・生活訓練
- A-2-(5) 健康管理・医療的な支援
- A-2-(6) 社会参加・学習支援
- A-2-(7) 地域生活の移行と地域生活の支援
- A-2-(8) 家庭との連携・交流と家族支援

#### A-3 発達支援

- A-3-(1) 発達支援

#### A-4 就労支援

- A-4-(1) 就労支援

## 福祉サービス第三者評価結果 の概要

### ①第三者評価機関名

|           |
|-----------|
| 株式会社フィールズ |
|-----------|

### ②施設・事業所情報

|            |   |
|------------|---|
| 名称:        | ぽこ・あ・ぽこ   |
| 種別:        | 就労移行支援、就労継続支援B型、就労定着支援  |
| 事業所代表者氏名:  | 岸岡裕江  |
| 定員(利用人数):  | 50名(利用人数:55名)   |
| 所在地:       | 〒235-0032 横浜市磯子区新杉田町 8-7  |
| TEL/FAX:   | TEL:045-772-2100 / FAX:045-775-1630   |
| ホームページ:    | <a href="https://www.denkikanagawa.or.jp">https://www.denkikanagawa.or.jp</a> |
| 開設年月日:     | 1996年8月1日(事業移行:2006年10月)  |
| 経営法人・設置主体: | 社会福祉法人 電機神奈川福祉センター  |

|     |          |          |            |
|-----|----------|----------|------------|
| 職員数 | 常勤/非常勤   | 常勤:12名   | 非常勤:13名    |
|     | 専門職員(名称) | 社会福祉士:9名 | 精神保健福祉士:2名 |
|     |          | 介護福祉士:2名 |            |

### 施設・設備の概要

|     |   |
|-----|---|
| 居室数 | 多目的室 1、作業室 5、就労訓練室 1                              |
| 設備等 | 男性ロッカー 2、女性ロッカー 1、男女トイレ 3、<br>食堂、厨房、相談室、面談室、役員応接室 |

### ③理念・基本方針

|  |
|--|
| <p><b>【法人の3つの理念】</b><br/>「障害者の社会的自立」、地域福祉の充実」「福祉に対する啓発」</p> <p><b>【法人のミッション:コミットメント】</b><br/>「最善・最適な幸福の提供」「絶えざる研鑽と成長」</p> <p><b>【ぽこ・あ・ぽこの目的・3つの支援の柱】</b><br/>目的:「知的障害をもつ人が、作業を通じて社会自立できるよう支援する」<br/>支援の3つの柱:「知的障害者が働く職場の創出」、「知的障害者の働く力の育成」、<br/>「働いている知的障害者の継続的フォロー」</p> |
|--|

④施設・事業所の特徴的な取組

就労移行支援事業は、作業プログラムを通して知的障害を持つ方が「働く」ことを理解できる様に作業訓練で働く経験を積み上げます。また、ワークで社会人としての基本的な力を学び、身につけます。パソコン業務の適性把握やスキル習得の為、個別模擬訓練等を実施しています。就職活動期には利用者の特性と求人情報のマッチングに力を入れ、特性にマッチした仕事内容や職場環境で安定して働き続けられることを目指します。

就労継続支援事業B型は作業を通じて社会的自立を促すことを目的とし、仕事の場面で求められる作業能力のみではなく、周りの人と一緒に働くために必要なマナーや、仕事をする上で大切なルールや指示を守ることを指導しています。また、工賃アップを目指して作業環境を工夫しています。一般就労の可能性のある方には、就労支援プログラムを提供しています。

両事業とも作業プログラムはリサイクル品の解体、お菓子の化粧箱組立やラベル貼り・梱包、清掃作業等があり、作業品質や作業効率向上の為に治具を使用して取り組んでいます。全ての作業で手順を視覚的に理解して習得しやすくする為、手順書を活用しています。近隣企業から受注している本物の仕事に取り組むことで、厳しさや責任感等の働く姿勢を身につけ、就労のイメージを持てるよう支援しています。

就労後6ヶ月から3年6ヶ月の間は就労定着支援事業で毎月対面支援を行い、就労面や生活面の状況を確認します。また、就労先にも定期的に様子確認をし、課題確認や目標設定をして、安定した就労生活の継続を支援します。サービス終了後も安定して働き続けられるように定着支援を継続しています。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間

|                    |                   |
|--------------------|-------------------|
| 契約日: 令和4年7月25日     | 訪問調査日: 令和4年12月15日 |
| 評価結果確定日: 令和5年3月15日 |                   |

受審回数(前回の時期)

1回(前回: 2016年度)

## ⑥総評

## ◇特長や今後期待される点

1)企業の生産現場を意識した作業環境で利用者支援が行われています

事業所の作業環境は、実際に存在する企業の生産現場のような中で利用者指導が行われています。作業室のボードでの利用者の配置状況、月間作業予定と進捗状況の表、治具を利用しての作業訓練、そして、全ての仕事に手順書があるなど、日本のものづくりを担ってきた優良企業の生産現場と同様の管理手法が導入されています。一般企業を退職したOB職員の有効活用などによって、これらの管理手法が確立されたものと思われま

2)福祉、教育関係の見学者を受け入れ、社会貢献しています

事業所には、コロナ禍以前では年間1,000名程、コロナ禍の昨年でも400人を超える見学者の受け入れを行っています。見学者は区職員や施設など福祉関係、特別支援学校保護者や教員など教育関係、その他、企業や行政関係など多岐にわたっています。就労移行支援事業所としての歴史や、その実績が広く認められたことが結果として表れています。就労に向けての訓練内容やプログラムなど蓄積されたノウハウを各方面に開示し、社会貢献を果たしています。

3)職業人として、仕事と真摯に向き合う姿勢を学んでいます

「事業所は育成の場」であることを重視して、利用者の働く力を支援しています。作業プログラムの化粧箱組み立てでは水引の複雑な工程にも取り組み、シール貼りではほとんど誤差なくできています。クオリティーの高い完成品が企業の信用を獲得し、次の注文につながっています。働く事の楽しさと厳しさ、完成度の高さを追及して努力する姿勢を、利用者は日々学んでいます。就労定着支援の同窓会でも、「ほこで勉強した基本が、働き続けるために大切だと思う」との言葉が聞かれています。

4)利用者支援のよりどころとなるマニュアル作りが期待されます

職員の業務改善提案により、現在、職員業務マニュアルを整備中です。これまでも業務内容をまとめていましたが、より詳細に現行の利用者支援に則したマニュアルの作成を目指しています。項目ごとに担当者を決めて、全文を職員が執筆します。現場を反映した内容であるとともに、人権尊重や権利擁護などの利用者支援のあり方にも言及することが望まれます。事業所が長きに渡り培ってきた障害者支援と就労支援の標準化であるマニュアルが、日々の支援のよりどころになることが期待されます。

## ⑦第三者評価結果 に対する施設・事業所のコメント

就労支援や定着支援の実績・ノウハウを評価していただき、今後も利用者さんの特性に合わせて丁寧な支援を継続していきたいと考えています。また、対象者や雇用情勢の変化に合わせて支援内容のブラッシュアップに取り組んで参ります。

これまでは施設運営の上で、法令を遵守しているかどうかの行政監査への対応に重きを置きがちでしたが、第三者評価の受審は、準備の段階から職員間で話し合い、提供しているサービスの質について振り返る貴重な機会となりました。必要な事柄は説明していると捉えていましたが実際にはしっかりと伝わっていなかったなど、利用者さんの目線に立っていない事がアンケート結果からも伺え、大きな気づきとなりました。また、利用者さんの意向をアンケートで定期的に確認出来ていなかった点、事業計画に意向がしっかりと反映されていなかった点など、今後取り組むべき課題が明確となりました。出来る事から直ぐに改善に向けて取り組んで参ります。

利用者さんの意思決定支援のために多くの経験や選択肢を提供し、その経験から意向を引き出すことが必要で有ると考えていました。しかし、提供するサービスの前に、きちんと利用者さんが何を希望しているのかを丁寧に聞き取り確認し、その上でサービスを提供していく事こそが重要であると再認識しました。意思決定支援を丁寧に行えるよう職員のスキルアップに取り組む計画を立てています。今後も選ばれる施設を目指し、サービスの質の向上に邁進して参ります。

## ⑧第三者評価結果

(別紙1A)「第三者評価結果(共通評価基準)」、(別紙2A)「第三者評価結果(内容評価基準)」のとおり報告します。

公表については、かながわ福祉サービス第三者評価推進機構が定める既定様式で公表します。

(別紙1A)

## 第三者評価結果（共通評価）

- \*全ての評価細目(45項目)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。
- \*評価細目ごとに判定理由等のコメントを記入する。

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

I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。

第三者評価結果

|   |                                   |          |
|---|-----------------------------------|----------|
| 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>a</b> |
|---|-----------------------------------|----------|

**【判断基準】**

- a) 法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針が適切に明文化されており、職員、利用者等への周知が図られている。
- b) 法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針が明文化されているが、内容や周知が十分ではない。
- c) 法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針の明文化や職員への周知がされていない。
  - ア 理念、基本方針が法人、福祉施設・事業所内の文書や広告媒体(パンフレット、ホームページ等)に記載されている。
  - イ 理念は、法人、福祉施設・事業所が実施する福祉サービス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。
  - ウ 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。
  - エ 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。
  - オ 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。
  - カ 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。

|  |  |  |
|--|--|--|
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の理念、ミッション、コミットメントをホームページやパンフレットに記載しています。法人理念を事業所の目的「知的障害をもつ人が、作業を通じて社会的自立できるように支援する」の文言に展開し、3つの支援の柱「知的障害者が働く職場の創出」「知的障害者の働く力の育成」「働いている知的障害者の継続的フォロー」と定義しています。職員は入職時、配属後、その後の全体研修などで学びを深めています。毎年度の事業報告書に事業所目的と3つの柱を明記し、利用者や家族へ配布して周知を図っています。</p> |  |  |
|--|--|--|

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。

第三者評価結果

|   |   |          |
|---|---|----------|
| 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>b</b> |
|---|---|----------|

**【判断基準】**

- a) 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) 事業経営をとりまく環境と経営状況が把握されているが、分析が十分ではない。
- c) 事業経営をとりまく環境と経営状況が把握されていない。

- ア 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。
- イ 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。
- ウ 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。
- エ 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。

<コメント>

管理者は法人の経営会議に出席し、横浜市全域の地域福祉計画の内容を把握分析する機会としています。事業所は複合施設内にあり、施設内の地域ケアプラザとの関わりを始め、介護保険事業所、地域包括支援センター、地域活動交流事業、生活支援体制整備事業などの事業所との交流があります。横浜市全域の地域福祉計画の内容を把握分析する機会もあります。また企業の雇用状況や特別支援学校の進路傾向の把握に努めていますが、更なる分析を課題としています。

第三者評価結果

3 I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。

a

【判断基準】

- a) 経営環境と経営状況の把握・分析にもとづき経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。
- b) 経営環境と経営状況の把握・分析にもとづき、取組を進めているが十分でない。
- c) 経営環境と経営状況の把握・分析にもとづく取組が行われていない。

- ア 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。
- イ 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。
- ウ 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。
- エ 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。

<コメント>

経営会議の出席者は、理事長、常務理事、施設長を筆頭に、障害福祉サービス事業、地域福祉推進事業、就労支援センター事業の担当理事が出席し、法人運営での課題や問題点を議題としています。また課長会議は8名で構成し、現場目線での課題分析やサービスの方向性を話し合い、部署ごとの内容は役員によるヒアリングにて報告しています。理事会の記録はイントラネットに掲載しており、常時閲覧可能として、職員への周知を図っています。

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。

第三者評価結果

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。

a

【判断基準】

- a) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画及び中・長期の収支計画を策定している。
- b) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画または中・長期の収支計画のどちらかを策定していなく、十分ではない。
- c) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画も中・長期の収支計画のどちらも策定していない。

- ア 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。
- イ 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。
- ウ 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。
- エ 中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。

<コメント>

現行の中・長期計画は、第3期「発展強化計画」と標して、2018年度から2023年度の6ヶ年を計画年度としています。法人内各事業所の運営方針と6ヶ年の重点行動計画を明記しています。6ヶ年の重点行動計画前半3ヶ年の振り返りと後半3ヶ年に向けた方向修正を中間報告書にまとめ、現在は第4期6ヶ年計画の策定に入っています。2018年度末にて自立訓練事業(生活訓練)を廃止して、就労移行支援にデイリープログラム(集団プログラム)を組み込み、支援プログラムの見直しを行っています。

第三者評価結果

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。

a

【判断基準】

- a) 単年度の計画は、中・長期計画を反映して具体的に策定されている。
- b) 単年度の計画は、中・長期計画を反映しているが、内容が十分ではない。
- c) 単年度の計画は、中・長期計画を反映しておらず、内容も十分ではない。

- ア 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。
- イ 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。
- ウ 単年度の事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。
- エ 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。

<コメント>

6ヶ年の重点行動計画を踏まえて、単年度の事業計画を策定しています。全事業所が重点目標を掲げ、それぞれのサービス種別ごとに、利用者人数や工賃金額、実施率などの具体的な数値を挙げて、実施状況の評価に向けた内容となっています。法人の管理部と経営戦略室においても、重点目標と分野別詳細を記載しています。半期ごとに各事業所で振り返りを行い、理事会へ報告しています。

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。

第三者評価結果

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。

b

【判断基準】

- a) 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) 事業計画が職員等の参画のもとで策定されているが、実施状況の把握や評価・見直し、または、職員の理解が十分ではない。
- c) 事業計画が、職員等の参画のもとで策定されていない。

- ア 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。
- イ 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。
- ウ 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。

- エ 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。
- オ 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。

<コメント>

事業計画書策定には主任職以上の職員が参画し、職員の意見把握やまとめ、分析して反映しています。年度始めに常勤ミーティングと全体ミーティングで目標を共有し、中間期には、目標達成に向けて進捗状況や取組の方向性を確認しています。前年3月に策定、10月に見直しと中間評価を実施して、年度末に最終評価を報告書にまとめるスケジュールとなっています。報告書には個別支援計画の変更事項や就労先会社名、離職後の利用状況など事業内容の詳細についても記載しています。また「工賃のきまり」を同封することで、工賃の評価基準や特別手当の共通認識を図っています。

第三者評価結果

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

【判断基準】

- a) 事業計画を利用者等に周知するとともに、内容の理解を促すための取組を行っている。
- b) 事業計画を利用者等に周知しているが、内容の理解を促すための取組が十分ではない。
- c) 事業計画を利用者等に周知していない。
  - ア 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。
  - イ 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。
  - ウ 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。
  - エ 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。

<コメント>

事業計画書は全利用者に配付し、家族へ手渡しを依頼しています。またホームページでも閲覧可能となっています。事業所ごとの重点目標と運営計画、就労移行支援、就労継続支援B型、就労定着支援の3事業所それぞれの目標数字も記載しています。事業計画の見直しと評価は報告書にしています。コロナ禍以前は保護者会で報告書を配布し直接説明と報告をしていましたが、現在はコロナ感染拡大のため保護者会を開催していません。送付票としてA4用紙「お知らせ」を同封して、不明点などへの説明を受け付ける旨を伝えています。

I-4 福祉サービスの質の向上へ組織的・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。

第三者評価結果

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。

a

【判断基準】

- a) 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) 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ているが、十分に機能していない。
- c) 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ていない。
  - ア 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。
  - イ 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。

- ウ 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。
- エ 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。

<コメント>

日々の業務や利用者支援を見直してヒヤリハットに拾い上げ、全体ミーティングで共有し、具体的な対策の実行に向けて話し合いを重ねていきます。実行段階では更に、次のステップへのヒヤリハットを見つけ出し、対処していくという好循環が生まれています。毎月開催する給食委員会では利用者や職員からの意見や要望を聞き取り、給食内容に反映させています。また虐待防止・身体拘束適正化に関するコメントを第三者委員から受け付け、福祉サービスの質的向上につなげています。

第三者評価結果

9

I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り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

【判断基準】

- a) 評価結果を分析し、明確になった組織として取り組むべき課題について、改善策や改善実施計画を立て実施している。
- b) 評価結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしているが、改善策や改善実施計画を立て実施するまでには至っていない。
- c) 評価結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしていない。
  - ア 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。
  - イ 職員間で課題の共有化が図られている。
  - ウ 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。
  - エ 評価結果にもとづく改善の取組を計画的に行っている。
  - オ 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。

<コメント>

第三者委員のコメント、ヒヤリハット、苦情受付内容を職員間で共有し、改善策を話し合っています。毎日の常勤ミーティングや月次の全体ミーティングの検討内容を書面で回覧しています。虐待防止ガイドライン作成にあたり、第三者委員のコメント「一般職員も巻き込んだ作業、定期的見直しの必要性」の文言を具体化しています。安全衛生委員会は定期的に職場巡回を実施し、職場環境として改善を要する箇所をピックアップして報告しています。

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

Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。

第三者評価結果

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。

a

【判断基準】

- a) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう積極的に取り組んでいる。
- b) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう取り組んでいるが、十分ではない。
- c) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにしていない。

- ア 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。
- イ 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。
- ウ 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。
- エ 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。

<コメント>  
 管理者は、常勤ミーティングと全体ミーティングで経営状況について職員に発信し、事業所の立ち位置や方向性を示しています。広報紙「ぼこ新聞」では施設長として挨拶文を載せていますが、職員が理解するための課題もあります。管理者の役割と職務分掌については、規程に明文化しています。業務分担表やコロナウイルス感染症発生時の業務継続計画(BCP)に、管理者不在時にはサブ担当者へ権限委任する旨が明記されています。

第三者評価結果

|    |  |          |
|----|--|----------|
| 11 | <b>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。</b> | <b>a</b> |
|----|--|----------|

**【判断基準】**

- a) 管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するために積極的な取組を行っている。
- b) 管理者は、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が、十分ではない。
- c) 管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組は行っていない。
  - ア 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。
  - イ 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。
  - ウ 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。
  - エ 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。

<コメント>  
 管理者は法人内の管理職対象研修に参加し、法令について学ぶ機会を得ています。事業所のミーティングでも、利用者支援に直接的に関わる障害者総合支援法、障害者差別解消法、障害者虐待防止法、個人情報保護法などについての学びを深め、日々の利用者支援を考える契機としています。授産取引先や外部実習先とは、改正雇用促進法を始め関係法令遵守を基本とした契約を取り交わしています。直近では、短時間労働者の社会保障適用拡大やインボイス制度、電子帳簿保存法に取り組んでいます。

II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。

第三者評価結果

|    |  |          |
|----|--|----------|
| 12 | <b>II-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、その取組に指導力を発揮している。</b> | <b>a</b> |
|----|--|----------|

**【判断基準】**

- a) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲をもち、組織としての取組に十分な指導力を発揮している。
- b) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲をもち、組織としての取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。
- c) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に関する組織の取組について指導力を発揮していない。

- ア 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。
- イ 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。
- ウ 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
- エ 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。
- オ 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。

<コメント>  
 サービスの質的向上については、毎日のミーティングや常勤ミーティングの中にケース会議の時間を設けて、利用者支援について話し合っています。困難ケースの対応では、保護者面談に管理者が同席し、スーパーバイズをしています。毎年、常勤職員間では課題改善提案会を開催し、勤務時間前の事業所での過ごし方など業務全般の改善に向けた取組を継続しています。内部研修では職員が現場経験をもとに資料を作成し、利用者との接し方や指導のあり方について学び合い、福祉サービスの質的向上を目指しています。

第三者評価結果

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

【判断基準】

- a) 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組に十分な指導力を発揮している。
  - b) 管理者は、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が、十分ではない。
  - c) 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組について指導力を発揮していない。
- ア 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。
  - イ 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。
  - ウ 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。
  - エ 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。

<コメント>  
 管理者は法人の経営会議で、人事、労務、財務などの経営分析や改善課題について見識を深めています。また職員の超過勤務時間など勤務状態の把握を通じて、業務分担の見直しを行い、スキルアップへの助言や業務負担の平準化を働きかけています。また職員がコンスタントに業務改善提案を提出し、地図やスケジュールのアプリケーション利用や箱折り作業の手順書改善が実現しています。業務改善については常勤・非常勤の職員数名でチームを作り、実施に向けて取り組みを行っています。

II-2 福祉人材の確保・育成

II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理体制が整備されている。

第三者評価結果

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計画が確立し、取組が実施されている。

a

【判断基準】

- a) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しており、それにもとづいた取組が実施されている。
- b) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しているが、それにもとづいた取組が十分ではない。
- c) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立していない。

- ア 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。
- イ 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。
- ウ 計画にもとづいた人材の確保や育成が実施されている。
- エ 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。

<コメント>

人材確保は法人管理部が主体となり、法人全体で計画的な採用活動を実施しています。事業所では、今後の事業のあり方に即して、職業支援員を含む職員体制について検討しています。人材育成については、キャリアパス制度を導入しています。職位別の役割や取り組むべき業務レベルを明文化しており、職員はその役割や業務を中心に担っています。職員一人ひとりに見合った目標を考課面談で設定し、半期ごとに振り返りと評価を行っています。

第三者評価結果

15 II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。

b

【判断基準】

- a) 総合的な人事管理を実施している。
- b) 総合的な人事管理に関する取組が十分ではない。
- c) 総合的な人事管理を実施していない。

- ア 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。
- イ 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。
- ウ 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。
- エ 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。
- オ 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。
- カ 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る。

<コメント>

半年に1回常勤職員に考課面談を実施し、考課者と被考課者の双方で目標達成度や評価理由を確認しています。面談の一連の流れは面談シートにまとめて記録しています。職位ごとの役割の習熟度によっては上位職位への昇格の可能性があり、その基準はキャリアパス制度に定められています。昇進は、施設長が提出する「昇進具申書」を経営会議に諮る仕組みとなっています。職員処遇の基準などの周知と納得について、職員の認知に課題があります。今年度は、考課者・被考課者共に外部講師による研修を受講しています。

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。

第三者評価結果

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。

a

【判断基準】

- a) 職員の就業状況や意向を定期的に把握し、必要があれば改善する仕組みが構築され、働きやすい職場づくりに積極的に取り組んでいる。
- b) 職員の就業状況や意向を定期的に把握する仕組みはあるが、改善する仕組みの構築が十分ではない。
- c) 職員の就業状況や意向を把握する仕組みがない。

- ア 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。
- イ 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。
- ウ 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。
- エ 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。
- オ 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。
- カ ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。
- キ 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。
- ク 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。

<コメント>

超過勤務時間数や有給休暇消化率を確認して就業状況を把握するとともに、職員の心身状態の変化にも適切に対応しています。年に1回、ストレスチェックを実施したり、隔月で来所する産業医との面談を提案するなど配慮しています。育児休暇、出産休暇、時間単位の有給休暇、時短勤務など、働きやすい職場が実現しています。現在は男性の育児休暇を推奨しているところです。コロナ禍で入職した新人職員に、事業所間で声をかけ、同期交流会のセッティングを試みるなど、職員定着の観点からの取組も進めています。

II-2-(3) 職員の質向上に向けた体制が確立されている。

第三者評価結果

|    |                                    |          |
|----|------------------------------------|----------|
| 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。 | <b>a</b> |
|----|------------------------------------|----------|

【判断基準】

- a)職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が、適切に行われている。
  - b)職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が行われているが、十分ではない。
  - c)職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が行われていない。
- ア 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。
  - イ 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。
  - ウ 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。
  - エ 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。
  - オ 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。

<コメント>

イントラネット上にはキャリアパス制度に沿って、求められる役割やヒューマンスキルが記載され、目標設定水準の理解を図っています。考課面談は半期ごとに行い、4月に個人の年間目標を設定し、10月に上記の振り返りと目標達成度を評価しています。年度末の考課面談では下期の振り返りと目標達成度評価、更に年間のキャリアパス評価を継続実施しています。考課面談における考課者と非考課者ともに研修を受けて、考課面談の有効活用につなげています。

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。

b

【判断基準】

- a) 組織として職員の教育・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) 組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定されているが、内容や教育・研修の実施が十分ではない。
- c) 組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定されていない。
  - ア 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。
  - イ 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、組織が職員に必要とされる専門技術や専門資格を明示している。
  - ウ 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。
  - エ 定期的に計画の評価と見直しを行っている。
  - オ 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。

<コメント>

法人のコミットメントに「絶えざる研鑽と成長」の文言があり、期待する職員像として明記しています。法人指定の資格には社会福祉士、精神保健福祉士、介護福祉士、看護師、日商簿記2級などがあり、在職中に指定の資格を取得すると、資格手当と表彰金が支給されています。事業計画には事業所内部研修を位置づけていますが、計画の見直しに課題があります。新規配属職員に対しては長期的な職員育成計画を策定し、スキルアップを図っています。年度末に研修内容や参加頻度などカリキュラムの評価と見直しを行い、事業報告にまとめています。

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。

a

【判断基準】

- a) 職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保され、適切に教育・研修が実施されている。
- b) 職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保されているが、参加等が十分でない。
- c) 職員一人ひとりについて、研修機会が確保されていない。
  - ア 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。
  - イ 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。
  - ウ 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。
  - エ 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。
  - オ 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。

<コメント>

毎年横浜市に提出する体制届で、有資格者状況を確認しています。職員一人ひとりのスキルやキャリアを把握し、考課面談にて職場教育や内部研修について個別に提案しています。その際、到達イメージを職員本人と確認しながら、業務の幅を広げていく視点を大切にしています。外部研修についてもチラシやイントラネットで情報提供し、参加を推奨しています。常勤、非常勤ともに研修費と交通費の補助があり、継続的な学びの体制を整えています。

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。

第三者評価結果

20

|  |   |
|--|---|
| II-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。 | b |
|--|---|

【判断基準】

- a) 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、効果的なプログラムを用意する等、積極的な取組を実施している。
- b) 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てはいるが、効果的な育成プログラムが用意されていないなど、積極的な取組には至っていない。
- c) 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ておらず、教育・研修が行われていない。
  - ア 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成に関する基本姿勢を明文化している。
  - イ 実習生等の福祉サービスの専門職の研修・育成についてのマニュアルが整備されている。
  - ウ 専門職種の特性に配慮したプログラムを用意している。
  - エ 指導者に対する研修を実施している。
  - オ 実習生については、学校側と、実習内容について連携してプログラムを整備するとともに、実習期間中においても継続的な連携を維持していくための工夫を行っている。

<コメント>  
 県内はもとより県外からも教員や企業の研修を多数受け入れ、障害者就労支援のフロントランナーの役目を果たしています。コロナ禍以前には社会福祉士の実習生を受け入れ、約1ヶ月間に及ぶカリキュラムを組んで対応していました。現在も事業所には社会福祉士実習指導者の有資格者が在籍しており、来年度の実習受け入れが確定しています。来年度の受け入れ再開に向けて、育成に関する基本姿勢の明文化、マニュアル整備、実習指導者への研修、学校側との継続的な連携が目下の急務としています。

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。

第三者評価結果

21

|                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| II-3-(1)-① 運営の透明性を確保するため情報公開が行われている。 | a |
|--------------------------------------|---|

【判断基準】

- a) 福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報について、適切に公開している。
- b) 福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報を公表しているが、方法や内容が十分ではない。
- c) 福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報を公表していない。
  - ア 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。
  - イ 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。
  - ウ 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。
  - エ 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。
  - オ 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。

<コメント>  
 ホームページには法人のミッション「最善・最適な幸福の提供」の文言を大きく記載し、情報開示の項目では毎年度の事業計画・報告、会計報告や規定類などを公表してします。その他の項目として、身体拘束適正化のための指針や役員等名簿、事業報告の中では苦情内容なども閲覧可能としています。特別支援学校や障害者雇用企業などの見学時に理念や基本方針を伝えるとともに、養護学校向けに動画をアップする工夫も行っています。磯子区自立支援協議会で就労移行支援のパンフレットを作成し、事業所内容や特徴を地域に向けて発信しています。

第三者評価結果

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 |
|---|---|

【判断基準】

- a) 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) 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が、十分ではない。
- c) 公正かつ透明性の高い適正な運営・経営のための取組が行われていない。

- ア 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、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。
- イ 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。
- ウ 福祉施設・事業所の事業、財務について、外部の専門家による監査支援等を実施している。
- エ 外部の専門家による監査支援等の結果や指摘事項にもとづいて、経営改善を実施している。

<コメント>  
 事務や経理は事務処理マニュアルや事務決済規程に則り、ルールを定めて、公明正大を旨として行っています。物品購入、契約事務に関する事務など、詳細なマニュアルを整備しています。規程集の中に職務分掌を定め、権限と責任を明文化して職員に周知しています。課長職の職員が他事業所に赴いて内部監査を担っていますが、時期など監査の仕組みに課題があります。法人としては、外部の公認会計士、監査法人、社会保険労務士などの専門家による監査やアドバイスを受け、業務改善に取り組んでいます。

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。

第三者評価結果

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 |
|---------------------------------------|---|

【判断基準】

- a) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを積極的に行っている。
- b) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っているが、十分ではない。
- c) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っていない。

- ア 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。
- イ 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。
- ウ 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、職員やボランティアが支援を行う体制が整っている。
- エ 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。
- オ 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。

<コメント>  
 障害者の就労支援のパイオニア的存在である事業所は、全国各地から見学者を受け入れています。事業所の立地する地域との関係では、地域のグループホームや相談支援事業所と連携して活動を行っています。地域の生活介護事業所や、子育て支援の活動拠点で、利用者が清掃活動を担い、地域と関わりを持つ機会となっています。又、コロナ禍前は、地域の支援学校中学生の体験実習の受け入れも行っていました。

第三者評価結果

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

【判断基準】

- a) ボランティア等の受入れに対する基本姿勢が明示されており、受入れについての体制が整備されている。
- b) ボランティア等の受入れに対する基本姿勢は明示されているが、受入れについての体制が十分に整備されていない。
- c) ボランティア等の受入れに対する基本姿勢が明示されていない。
  - ア 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。
  - イ 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。
  - ウ 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
  - エ 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。
  - オ 学校教育への協力を行っている。

<コメント>  
 作業を中心としての育成を行っている施設であるため余暇活動も少なく、その為、本来の意味でのボランティアの受け入れは行っていません。特別支援学校からの実習生(将来は事業所の利用者になる可能性がある生徒)や、福祉や企業、教育関係の見学者を多数受け入れています。事業所の実践する指導方法や作業に使っている手順書がしっかりしていると評判で、多数の見学希望者の受け入れを社会貢献活動として行っています。

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。

第三者評価結果

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。 a

【判断基準】

- a) 利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に把握し、その関係機関等との連携が適切に行われている。
- b) 利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に把握しているが、その関係機関等との連携が十分ではない。
- c) 利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示していない。
  - ア 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。
  - イ 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。
  - ウ 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。
  - エ 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。
  - オ 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。

<コメント>  
 NPO法人の障害者雇用部会での定例会や企業分会に参加し、企業や学校との情報共有や連携を図っています。また、磯子区自立支援協議会就労支援連絡会で地域の状況を把握し、課題解決に向けた取組を行っています。相談支援事業所とはモニタリングや面談同席などで支援の方向性の共有を図っています。その他、横浜知的関連施設協議会や全国就労支援事業所連絡協議会とも課題を共有して、行政の政策要望に反映させたり、法制度への働きかけを継続しています。

II-4-(3) 地域の福祉向上のため取組を行っている。

第三者評価結果

|    |  |   |
|----|--|---|
| 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。 | b |
|----|--|---|

【判断基準】

- a) 地域の具体的な福祉ニーズ・生活課題等を把握するための取組を積極的に行っている。
  - b) 地域の具体的な福祉ニーズ・生活課題等を把握するための取組を行っているが、十分ではない。
  - c) 地域の具体的な福祉ニーズ・生活課題等を把握するための取組を行っていない。
- ア 福祉施設・事業所（法人）が実施する事業や運営委員会の開催、関係機関・団体との連携、地域の各種会合への参加、地域住民との交流活動などを通じて、地域の福祉ニーズや生活課題の把握に努めている。

<コメント>  
 広範囲から利用者が通所しているため、特定の地域との関わりや福祉ニーズ把握の機会は多くありません。関係機関・団体との連携では、障害者雇用部会の企業分会、自立支援協議会就労支援連絡会、横浜知的関連施設協議会(生産活動就労支援部会)での活動に参加しています。これらの関係機関と課題を共有し、課題解決の活動を行っています。

第三者評価結果

|    |  |   |
|----|--|---|
| 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 |
|----|--|---|

【判断基準】

- a) 把握した地域の具体的な福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動を積極的に行っている。
  - b) 把握した地域の具体的な福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が十分ではない。
  - c) 把握した地域の具体的な福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動を行っていない。
- ア 把握した地域ニーズ等にもとづいて、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。
- イ 把握した福祉ニーズ等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。
- ウ 多様な機関等と連携して、社会福祉分野のみならず、地域コミュニティの活性化やまちづくりなどにも貢献している。
- エ 福祉施設・事業所（法人）が有する福祉サービスの提供に関するノウハウや専門的な情報を、地域に還元する取組を積極的に行っている。
- オ 地域の防災対策や、被災時における福祉的な支援を必要とする人びと、住民の安全・安心のための備えや支援の取組を行っている。

<コメント>  
 地域の福祉ニーズというよりは、全国的な知的障害者に関する福祉ニーズに対して公益的な事業、活動を行っています。地域においては、福祉避難所として指定されており、地域の避難困難者受け入れに向けての協議会の情報確認、会議への参加、備蓄品の整備、福祉避難所情報受伝達訓練等に取り組んでいます。また、JR新杉田駅、シーサイドライン新杉田駅、商業施設ビーンズとの4者防災訓練に定期的に参加しています。就労支援連絡会を通して、地域の事業所に就労支援に関するノウハウを還元する取り組みを行っています。

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの提供

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。

第三者評価結果

|    |  |   |
|----|--|---|
| 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。 | a |
|----|--|---|

【判断基準】

- a) 利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢が明示され、組織内で共通の理解をもつための取組が行われている。
- b) 利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢は明示されているが、組織内で共通の理解をもつための取組は行っていない。
- c) 利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢が明示されていない。
  - ア 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。
  - イ 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。
  - ウ 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。
  - エ 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。
  - オ 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。

<コメント>

法人全体の共通理念として、「私たちの使命は最善・最適な幸福の提供です」と謳っています。この使命(ミッション)を達成するために、誓いとしていることは「絶えざる研鑽と成長」であると職員を鼓舞しています。利用者尊重や基本的人権への配慮については、毎年部署内研修として、利用者の権利擁護をテーマに定期的実施しています。個別支援計画の策定にあたっては、利用者や家族の希望を常に確認した上で、具体的な計画を立てるように心掛けています。

第三者評価結果

|    |   |   |
|----|---|---|
| 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 |
|----|---|---|

【判断基準】

- a) 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備し、利用者のプライバシーに配慮した福祉サービス提供が行われている。
- b) 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備しているが、利用者のプライバシーに配慮した福祉サービス提供が十分ではない。
- c) 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備していない。
  - ア 利用者のプライバシー保護について、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・責務等を明記した規程・マニュアル等が整備され、職員への研修によりその理解が図られている。
  - イ 規程・マニュアル等にもとづいて、プライバシーに配慮した福祉サービスが実施されている。
  - ウ 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るよう設備等の工夫を行っている。
  - エ 利用者や家族にプライバシー保護に関する取組を周知している。

<コメント>  
 事業所は、就労を目指す利用者の学びの場となっています。個人情報の保護や羞恥心への配慮について、各種マニュアルや書面で周知を図り、徹底しています。個人情報保護の観点から個人情報の漏洩は、一種の事故と認識しており、個人のロッカーや個人ファイルについても、その扱いを慎重にしています。個人情報の書かれたファイルを机に上に出したままにするなどが無いよう留意しています。

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。

第三者評価結果

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。 a

【判断基準】

- a) 利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を積極的に提供している。
  - b) 利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を提供しているが、十分ではない。
  - c) 利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を提供していない。
- ア 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。
  - イ 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。
  - ウ 福祉施設・事業所の利用希望者については、個別にていねいな説明を実施している。
  - エ 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。
  - オ 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。

<コメント>  
 事業所の利用者の約8割は、特別支援学校あるいは養護学校の新卒の卒業生で、2割は引きこもりや就労経験者となっています。利用希望者の見学や実習を積極的に受け入れており、契約前に事業所の概要を把握してもらうよう取り計らっています。また、契約にあたっては、利用契約書や重要事項説明書について、ルビやひらがなを使い、分かりやすく簡潔にまとめたものを別途説明用に用意しています。

第三者評価結果

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。 a

【判断基準】

- a) 福祉サービスの開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等にわかりやすく説明を行っている。
  - b) 福祉サービスの開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等に説明を行っているが、十分ではない。
  - c) 福祉サービスの開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等に説明を行っていない。
- ア サービスの開始及び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。
  - イ サービスの開始・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。
  - ウ 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。
  - エ サービスの開始・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。
  - オ 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。

<コメント>  
 利用者の受け入れにあたっては、経験の重視と個人特性の把握のため、実習することを前提としています。1～2週間の実習の結果を見た上で、本契約するようにしています。また、サービスの開始にあたっては、アセスメントの後、暫定支援計画を作成し、60日間の暫定期間を経過した段階で、個別支援計画を確定するようにしています。最初の個別支援計画の説明は、保護者の同席のもとで行っています。

第三者評価結果

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

【判断基準】

- a) 福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・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ている。
- b) 福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・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ているが、十分ではない。
- c) 福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・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ていない。
  - ア 福祉サービス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。
  - イ 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。
  - ウ 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。
  - エ 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。

<コメント>  
 事業所での就労に対する訓練や学びを経た後でも、本人の意向変化や仕事や作業内容との不一致など、他の施設や他のサービスに移行する利用者も存在しています。他施設へ移行する利用者には受け入れ先施設及び相談支援などの関係機関に対し、必要に応じて、本人の障害特性や支援経過などの情報提供を行っています。ただし、マニュアルなどの手順書に引き継ぎ文書などのルールは定めていません。

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。

第三者評価結果

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

【判断基準】

- a) 利用者満足把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を踏まえて、その向上に向けた取組を行っている。
- b) 利用者満足把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を把握しているが、その向上に向けた取組が十分ではない。
- c) 利用者満足把握するための仕組みが整備されていない。

- ア 利用者満足に関する調査が定期的に行われている。
- イ 利用者への個別の相談面談や聴取、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。
- ウ 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。
- エ 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。
- オ 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。

<コメント>

意見箱を設置し、その都度、利用者からの意見や要望を確認しています。また、個別支援計画の改定時に、本人及び家族から生活やサービス利用に関する希望を必ず聞き取っていますが、満足度を把握する取組は行っていません。コロナ禍以前は、年に一度家族会を開催し、意見や要望を聞き取る機会を設けていましたが、近年は事業報告書の送付のみとなっています。利用者対象の行事も一旦中止となり、行事についての希望を確認する機会がなくなっています。

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。

第三者評価結果

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。

a

【判断基準】

- a) 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているとともに、苦情解決の仕組みが機能している。
  - b) 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているが、十分に機能していない。
  - c) 苦情解決の仕組みが確立していない。
- ア 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。
  - イ 苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した掲示物が掲示され、資料を保護者等に配布し説明している。
  - ウ 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。
  - エ 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。
  - オ 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。
  - カ 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。
  - キ 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。

<コメント>

契約書と重要事項説明書に苦情解決制度の受付窓口を明記しています。事業所内の窓口以外に第三者委員にも相談できる事、行政機関その他の外部機関にも相談できる事を記載しています。苦情を受け付けた際は、毎日のケース記録と苦情報告書に記載し、各職員へ周知しています。また、苦情報告を、安全衛生委員会や第三者委員も出席する苦情解決委員会で議論し、解決策や再発防止策につなげています。

35

Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べ易いように環境を整備し、利用者等に周知している。

b

【判断基準】

- a) 利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境が整備され、そのことを利用者に伝えるための取組が行われている。
- b) 利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境が整備されているが、そのことを利用者に伝えるための取組が十分ではない。
- c) 利用者が相談したり意見を述べたい時に、方法や相手を選択できない。

- ア 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。
- イ 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。
- ウ 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。

<コメント>

苦情や要望への対応として、重要事項説明書の文言にルビを振ったり、ひらがなの説明などで分かりやすく簡潔にまとめたものを別途説明用に用意し、配布しています。意見箱を設置し、自由に意見や要望を投函できるようにしています。利用者が意見を述べやすいように配慮していますが、利用者からの評価につながっていません。相談を受ける場合は、利用者のプライバシーに配慮できるよう、必要に応じて個室での面談対応も実施しています。

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。

a

【判断基準】

- a) 利用者からの相談や意見を積極的に把握し、組織的かつ迅速に対応している。
- b) 利用者からの相談や意見を把握しているが、対応が十分ではない。
- c) 利用者からの相談や意見の把握をしていない。

- ア 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。
- イ 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。
- ウ 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。
- エ 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。
- オ 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。
- カ 対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。

<コメント>

相談や要望を受けた時には、その内容を書面の他、電子データとして入力し、迅速にリアルタイムで情報共有しています。そして過去の分も含めて相談や要望内容の情報を検索して抽出可能な環境が整備されています。法人内の安全衛生委員で、各部署の相談事例を共有し、議論しています。その内容を周知し、サービスの質の向上につなげています。

Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のために組織的な取組が行われている。

第三者評価結果

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。

a

【判断基準】

- a) リスクマネジメント体制を構築し、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集と要因分析と対応策の検討・実施が適切に行われている。
- b) リスクマネジメント体制を構築しているが、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集や要因分析と対応策の検討・実施が十分ではない。
- c) リスクマネジメント体制が構築されておらず、利用者の安心と安全を脅かす事例を組織として収集していない。

- ア 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。
- イ 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。
- ウ 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。
- エ 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。
- オ 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。
- カ 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。

<コメント>

法人内の安全衛生委員会がリスクマネジメントについても担当しており、月1回の会議で、事故やヒヤリハットの事例の共有や対策を担っています。毎日の職員ミーティング時に、必ずその日の事故やヒヤリハットの共有を行い、原因分析と再発防止対策も考えています。全体ミーティングで非常勤職員にも周知が図られています。新任職員の導入研修時には、専門知識と経験を有する職員が講師となって安全教育を行っています。また、リスクマネジメントに関しては定期的に職場内研修を実施しています。

第三者評価結果

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。

a

【判断基準】

- a) 感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備し、取組を行っている。
- b) 感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備しているが、取組が十分ではない。
- c) 感染症の予防策が講じられていない。

- ア 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。
- イ 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。
- ウ 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。
- エ 感染症の予防策が適切に講じられている。
- オ 感染症の発生した場合には対応が適切に行われている。
- カ 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。

<コメント>  
 ここ2年ほどは新型コロナウイルスの感染予防を中心に感染症対策を行っています。利用者の作業位置を毎日記録しています。面談室のパーテーションの設置、対面にならない様に食堂机の円形テーブルを廃止しています。食堂では万が一の濃厚接触疑いが発生した場合用に、カメラによる1週間分の映像記録を残しています。利用者には感染予防と体調不良時の対応についてマニュアルを配布し、検温シートも配布し、毎日の体温を図ってもらい記録しています。職員と来館者にはサーモセンサーで体温をチェックし、職員は週2回、抗原検査を励行しています。

第三者評価結果

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。

a

【判断基準】

- a)地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、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)地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っているが、十分ではない。
- c)地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っていない。
  - ア 災害時の対応体制が決められている。
  - イ 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。
  - ウ 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。
  - エ 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。
  - オ 防災計画等を整備し、地元の行政をはじめ、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。

<コメント>  
 年2回、職員と利用者の参加による避難訓練を実施しています。地域の鉄道会社や商業施設と協力して、4者合同防災訓練も行っています。消防法に基づき、定期的な消防署員の立ち入り検査も実施しています。緊急時には各家庭に一斉メール配信サービスが利用できる体制としており、職員へは電話とSNSによる連絡網を構築しています。福祉避難所として指定され、食料の備蓄はミルクまで用意されています。津波の被害も想定し、備蓄庫を5階と1階の2ヶ所に設置しています。

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標準的な実施方法が確立している。

第三者評価結果

|    |  |          |
|----|--|----------|
| 40 | <b>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> | <b>b</b> |
|----|--|----------|

【判断基準】

- a) 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、それにもとづいた福祉サービスが実施されている。
- b) 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ているが、それにもとづいた福祉サービス提供の実施が十分ではない。
- c) 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ていない。
  - ア 標準的な実施方法が適切に文書化されている。
  - イ 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。
  - ウ 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。
  - エ 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。

<コメント>

提供するサービス内容については、利用契約書や重要事項説明書、個別支援計画書に明示し、必ず本人や家族に説明しています。パワーブックという業務マニュアルがあり、施設内手続きと就労支援業務について詳細が記載され、業務内容の確認に使われています。各取引先からの利用者の請負作業については、取引に応じた作業手順書を用意して標準化に努めています。ただし、マニュアルや手順書通りに業務を進めているか否かを確認するための仕組みづくりは、今後の課題となっています。

第三者評価結果

|    |  |          |
|----|--|----------|
| 41 | <b>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> | <b>b</b> |
|----|--|----------|

【判断基準】

- a) 標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるような仕組みを定め、仕組みのもとに検証・見直しを行っている。
- b) 標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるような仕組みを定めているが、検証・見直しが十分ではない。
- c) 標準的な実施方法について、組織的な検証・見直しの仕組みを定めず、定期的な検証をしていない。
  - ア 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。
  - イ 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しが定期的に行われている。
  - ウ 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。
  - エ 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。

<コメント>

利用者に支払う工賃額については、年に一度の工賃改定(作業評価)により定期的に見直しています。また、個別支援計画などの書類についても、より分かりやすい形にして目標を意識しやすいものにするよう見直し、改定を行っています。ただし、マニュアルや手順書を定期的に見直しています。サービスの提供の実施方法について利用者の声を反映させることについては、今後の改善が期待されます。

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。

第三者評価結果

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。

a

【判断基準】

- a)利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画（個別支援計画）を策定するための体制が確立しており、取組を行っている。
- b)利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画（個別支援計画）を策定するための体制が確立しているが、取組が十分ではない。
- c)利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画（個別支援計画）を策定するための体制が確立していない。
  - ア 個別支援計画策定の責任者を設置している。
  - イ 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。
  - ウ 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。
  - エ 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。
  - オ 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（職種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。
  - カ 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。
  - キ 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。

<コメント>

基本的に実習を経た後に利用者を受け入れる方針となっており、実習終了時に評価表を作成し、計画と照らし合わせて一連の習得項目の達成度を記しています。利用に先立つアセスメントは、所定の書式に沿って行われています。サービス管理責任者と支援課長、現場職員が参加して話し合い、個別支援計画を作成しています。個別支援計画は、必ず本人や家族の希望を聞き取った上で作成し、計画書にもその内容が記載されています。毎月、目標に対する作業と生活両面での振り返りを行っています。自己評価をした上で他者評価も行っています。

第三者評価結果

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

【判断基準】

- a)個別支援計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施している。
- b)個別支援計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施しているが、十分ではない。
- c)個別支援計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施していない。
  - ア 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。
  - イ 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。
  - ウ 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。
  - エ 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。

<コメント>  
 個別支援計画は、原則として3ヶ月ごとに見直しています。就労に向けた現状評価と課題を、社会人としての生活全般と施設内作業に分けて評価しています。項目ごとに強みと課題を抽出し、今後3ヶ月の方向性と支援を記載しています。個別支援計画を更新する際には、必ずサービス管理責任者が同席の上、ケース会議を実施しています。個別支援計画の改定、状況変化による緊急の変更の場合は、家族や支援機関同席の面談を実施しています。

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。

第三者評価結果

|    |  |          |
|----|--|----------|
| 44 | <b>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。</b> | <b>a</b> |
|----|--|----------|

【判断基準】

- a) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画の実施状況が適切に記録され、職員間で共有化されている。
- b) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画の実施状況が記録されているが、職員間での共有化が十分ではない。
- c) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画の実施状況が記録されていない。
  - ア 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。
  - イ 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。
  - ウ 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。
  - エ 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。
  - オ 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。
  - カ 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。

<コメント>  
 利用者の日々の支援記録は、書面の他に、電子データによる記録も行っています。情報共有のアプリを利用し、各職員は入力した内容をリアルタイムで見ることができます。又、作業評価表や個別支援記録もサービスごとに決められた様式に記入しています。入力したデータを検索抽出する仕組みもできているので、利用者の意見や要望の他、各利用者に関係する情報を、各職員が閲覧することが可能な環境が整っています。

第三者評価結果

|    |   |          |
|----|---|----------|
| 45 | <b>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。</b> | <b>a</b> |
|----|---|----------|

【判断基準】

- a) 利用者に関する記録の管理について規程が定められ、適切に管理が行われている。
- b) 利用者に関する記録の管理について規程が定められ管理が行われているが、十分ではない。
- c) 利用者に関する記録の管理について規程が定められていない。
  - ア 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。
  - イ 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。
  - ウ 記録管理の責任者が設置されている。

- エ 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。
- オ 職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。
- カ 個人情報の取扱いについて、保護者等に説明している。

<コメント>

個人情報の取扱いについては、法人で機密文書の管理に関する内規を定めています。利用者に対しては、利用契約時に個人情報の取り扱いや個人情報保護について説明しています。個人情報が記載された個人ファイルは、鍵付き書棚に保管しています。パソコン内の電子データ情報については、個人別にパスワードを設定し、アクセス制限も設定しています。USBによる保存を不可能にするなど、情報漏洩に細心の注意を払っています。個人情報のセキュリティについては、法人のネットワーク委員会が主導し、各部署の環境整備と指導を行っています。

(別紙2A)

### 第三者評価結果(内容評価)

A-1 利用者の尊重と権利擁護

A-1-(1) 自己決定の尊重

第三者評価結果

|    |                                       |   |
|----|---------------------------------------|---|
| 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。 | a |
|----|---------------------------------------|---|

【判断基準】

- a) 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) 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が、十分ではない。
- c) 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ない。
  - ア 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。
  - イ 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。
  - ウ 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。
  - エ 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。
  - オ 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うじて具体化されている。
  - カ 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。

<コメント>

個別支援計画書の生活面、社会性、作業性それぞれの活動について「強み」と「課題」の記入欄を設け、利用者の力を引き出す支援をしています。就労希望の聞き取りの際も、「働きたくない」「避けたい職種」などの選択肢もあり、利用者の意向を尊重した、柔軟性のある関わり方を大切にしています。基本的にはルールやスケジュールを守ることを指導していますが、障害特性や配慮事項に応じて個別の対応を行っています。気温変化に弱い、においに敏感、音が気になる、眩しさが苦手など利用者の特性を把握して、無理なく作業に取り組める環境設定をしています。障害者権利条約や障害者差別解消法を基に、共生社会のあるべき姿についてミーティングで話し合っています。

A-1-(2) 権利擁護

第三者評価結果

|    |                                   |   |
|----|-----------------------------------|---|
| A2 | A-1-(2)-① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。 | a |
|----|-----------------------------------|---|

【判断基準】

- a) 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。
- b) -
- c) 利用者の権利擁護に関する取組が十分ではない。
  - ア 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。
  - イ 利用者の権利擁護のための具体的な取組を利用者や家族に周知している。
  - ウ 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。

- エ 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きと実施方法を明確に定め、職員に徹底している。
- オ 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。
- カ 権利擁護のための取組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。
- キ 権利侵害が発生した場合に再発防止策を検討し、理解のもとで実践する仕組みが明確化されている。

<コメント>

利用者の権利擁護についての規定やマニュアルは、法人で整備しています。虐待防止委員会では身体拘束適正化のマニュアルも含めて、現在ガイドラインを作成中です。利用契約時には重要事項説明書と契約書の読み合わせを行い、利用者と家族に権利擁護の取組を説明し、「ハラスメント(権利侵害)は訴えてよい」のだと伝えています。緊急やむを得ず身体拘束を行う場合の三原則(切迫性、非代替性、一時性)や虐待の通報義務などを折に触れて確認し、職員に徹底しています。権利侵害が発生した場合、毎日のミーティング、常勤ミーティング、全体ミーティングで再発防止策について検討する手順となっています。

A-2 生活支援

A-2-(1) 支援の基本

第三者評価結果

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。

a

【判断基準】

- a) 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。
- b) 利用者の自律・自立生活のための支援を行っているが、十分ではない。
- c) 利用者の自律・自立生活のための支援を行っていない。

- ア 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。
- イ 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。
- ウ 自律・自立生活のための動機づけを行っている。
- エ 生活の自己管理ができるように支援している。
- オ 行政手続き、生活関連サービス等の利用を支援している。

<コメント>

利用者の心身状態や生活パターンの変化に注意を払い、一人ひとりの生活への意向や希望を日々のコミュニケーションの中で把握しています。個別の業務日誌に、自分で決めた「今日一日の目標」を記入し、終了時には達成度を振り返っています。服薬管理、身だしなみ、早寝早起きなど利用者の苦手なことへの克服方法として、一人ひとりの課題に応じたチェックカレンダーを提案しています。寝不足で仕事への集中力が低下した人でも、チェックカレンダーの活用により、生活リズムが安定した例もあります。日常生活が安定してくると、仕事との向き合い方も変化して、意欲的に取り組む姿が見られるようになっていきます。ハローワークへの同行、横浜市の通所者交通費助成事業の取りまとめ、事業所での障害支援区分認定調査実施などの支援も行っています。

A4

|   |          |
|---|----------|
| <b>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。</b> | <b>a</b> |
|---|----------|

【判断基準】

- a) 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) 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が、十分ではない。
- c) 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ない。
  - ア 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。
  - イ 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。
  - ウ 意思表示や伝達が困難な利用者の意志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。
  - エ 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。
  - オ 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。

<コメント>

利用者とのコミュニケーションを図る際には、即時対応と具体的な声かけを基本としています。意思疎通が十分にとれない利用者であれば、行動や表情、しぐさなど言葉に頼らない表現を読み取っています。話し合いの席では必要に応じて、ミーティング用紙に文字を起こしたり、イラストや写真を用いるなどの工夫をしています。職員が同行する新しい実習先についても、利用者の不安が募った場合には、実習を行う建物の写真や当日のスケジュールなどの視覚化により、不安軽減につながった例もあります。構音障害がある利用者のコミュニケーションツールとしてカードを利用しています。利用者と職員と一緒に作成した、会話文を記入した単語帳式カードが、有効なコミュニケーションツールとなっています。またタブレットへのタイピングでコミュニケーションをとる場合もあります。

A5

|   |          |
|---|----------|
| <b>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> | <b>a</b> |
|---|----------|

【判断基準】

- a) 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) 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を行っているが、十分ではない。
- c) 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ない。
  - ア 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。
  - イ 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。
  - ウ 利用者の意志決定の支援を適切に行っている。
  - エ 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。
  - オ 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。

<コメント>  
 利用者の希望に応じて、できるだけ早めに相談の態勢をとるように心掛け、信頼関係の構築を目指しています。相談室や面談室の場所を設定する時もあれば、作業室内の静かなスペースで話しを聞く時もあります。「企業見学に行ってみたい」「仕事に集中するにはどうしたらいいか」「ガイドヘルパーについて知りたい」など様々な内容を聞き取っています。相談に対しては、情報提供や助言を行い、必要に応じて相談支援事業所と連携して支援しています。利用者が内容を整理しながら話せるように、職員がミーティング用の紙面やホワイトボードに文字を起こしています。相談内容はデジタルのノートブックアプリケーションに入力して、職員全体で共有しています。サービス管理責任者への報告を経て、ケース会議で個別支援計画への位置づけを検討しています。

第三者評価結果

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。 | a |
|--|---|

【判断基準】

- a) 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) 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が、十分ではない。
- c) 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ない。
  - ア 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。
  - イ 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。
  - ウ 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。
  - エ 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。
  - オ 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。
  - カ 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。

<コメント>  
 お菓子の化粧箱組み立て、ラベル貼り、梱包、清掃、リサイクル品の解体など、さまざまな作業プログラムを用意しています。利用者の希望や要望に基づいて、個別支援計画に沿った支援を実施していますが、支援内容は随時見直しをしています。就労定着支援事業として、勉強会と同窓会の余暇活動を継続しています。勉強会では「コロナ禍におけるリフレッシュ方法」を話し合い、同窓会では長期就労者の勤続表彰を行うなどしています。利用者も職員も楽しみにしているイベントとして外出行事やボランティアと行く宿泊旅行がありましたが、現在はコロナ禍により中止となっています。今年は法人の設立母体からプロバスケットボールの試合観戦の招待を受けています。利用者から運動不足解消の相談を受けた際には、障害者スポーツ施設について情報提供をしています。

第三者評価結果

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。 | a |
|-------------------------------------|---|

【判断基準】

- a) 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) 利用者の障害の状況に応じた支援を行っているが、十分ではない。
- c) 利用者の障害の状況に応じた支援を行っていない。
  - ア 職員は障害に関する専門知識の習得と支援の向上をはかっている。
  - イ 利用者の障害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。
  - ウ 利用者の不適応行動などの行動障害に個別的かつ適切な対応を行っている。
  - エ 行動障害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。

- オ 利用者の障害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。

<コメント>  
 「自閉症基礎セミナー」「パーソナリティ障害」「神奈川県意思決定支援ガイドライン研修」など、職員の経験やスキルに応じて外部内部の研修に参加し、障害に関する学びを深めています。就労支援では、挨拶の仕方や電話対応マナーなどの基本を毎日5分のワーク(座学)で学んでいます。障害特性への対応としての「定着するまで繰り返す大切さ」を具体化しています。利用者とは日々関わっていく中で、利用者個別の特性を把握しながら、適切な支援方法を模索しています。ノートブックアプリケーションで即時の情報共有が図られ、その日その時の利用者の変化に応じることが可能となっています。作業班の編成や外部作業の参加メンバー調整は、相性や障害特性へ細やかに配慮しています。

A-2-(2) 日常的な生活支援

第三者評価結果

|    |   |          |
|----|---|----------|
| A8 | <b>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> | <b>a</b> |
|----|---|----------|

【判断基準】

- a) 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) 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が、十分ではない。
- c) 個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っていない。
  - ア 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。
  - イ 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。
  - ウ 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。
  - エ 利用者の心身の状況に応じて排せつ支援を行っている。
  - オ 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。

<コメント>  
 食事提供は業者に委託し、栄養バランスの良いおいしい食事内容はもとより、食堂の装飾も依頼しています。コロナ禍の現状では、黙食や食堂の時間差利用、テーブルを一方向に向けるなど、感染拡大防止策を励行しています。毎月開催の給食委員会で、味付けや食材など利用者と職員の意見を業者に伝えて、献立作成に反映しています。季節の行事食として、ひな祭りのちらし寿司、七夕のそうめん、ハロウィンのかぼちゃプリン、クリスマスケーキなどを希望者に提供しています。咀嚼状態や食事アレルギーへの対応として、代替の特別食を作っています。「特別食の日は、配膳時に自ら申し出る」と個別支援計画に記載し、利用者の意識づけを図っています。日常生活支援として、稀に手足を汚したり、失禁をしてしまったなどの場合には、清拭や排泄介助の手助けをしています。身体機能に問題のない利用者が多いため、移動移乗の支援は行っていません。

A-2-(3) 生活環境

第三者評価結果

|    |  |          |
|----|--|----------|
| A9 | <b>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。</b> | <b>a</b> |
|----|--|----------|

【判断基準】

- a) 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。
- b) 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が、十分ではない。
- c) 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ない。
  - ア 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。
  - イ 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。
  - ウ 利用者が思い思いに過ごせるよう、また安眠(休息)できるよう生活環境の工夫を行っている。

- エ 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。
- オ 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。

<コメント>  
 複合施設内の清掃は、利用者が作業プログラムの一つとして取り組み、清潔感のある快適な空間となっています。作業室内も物の定位置を決め、台車や工具のしまい忘れや危険箇所がないかを確認して、定期的に整理整頓を行い、働きやすく安全な環境を整えています。利用者がルールや安全を意識しやすいように、わかりやすい言葉やイラストを用いた掲示物を貼り出しています。危険予知訓練は、毎日5分のワーク(座学)で繰り返し学んでいます。訓練作業室の丸椅子が人数分ないと利用者から指摘を受け、全員分の丸椅子を揃えました。食堂は全員が一度に利用できる広さではないため自由に休憩できませんが、それぞれが時間差で休憩する工夫をしています。

A-2-(4) 機能訓練・生活訓練

第三者評価結果

|     |   |   |
|-----|---|---|
| A10 | 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。 | b |
|-----|---|---|

【判断基準】

- a) 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) 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が、十分ではない。
- c) 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ない。
  - ア 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。
  - イ 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。
  - ウ 利用者の障害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。
  - エ 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。
  - オ 定期的にモニタリングを行い、機能訓練・生活訓練や支援の検討・見直しを行っている。

<コメント>  
 事業所の役割が、知的障害のある人のための就労支援であり、身体的には問題を抱えている人がいないので、機能訓練は特に行っていません。就労に向けて、生活習慣や身だしなみに関するワーク(座学)を実施しています。歯磨きやうがい、髭剃りや衣類の身だしなみなどを利用者個人に対して適宜助言や指導をしています。個別支援計画に記載してプログラムとして、継続的に訓練を行う場合もあります。金銭管理や生活リズム、健康管理についてもワークシートを使用して指導を行っています。必要性があれば、法人の看護師や外部の精神科医と連携して、利用者に対しアドバイスを行っています。

A-2-(5) 健康管理・医療的な支援

第三者評価結果

|     |  |   |
|-----|--|---|
| A11 | 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。 | a |
|-----|--|---|

【判断基準】

- a) 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) 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が、十分ではない。
- c) 利用者の健康状態の把握と体調変化時の対応等を行っていない。
  - ア 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。
  - イ 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。
  - ウ 利用者の障害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。

- エ 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。
- オ 障害者・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。

<コメント>  
 重要事項説明書の医療及び健康管理の項目で、協力医療機関の精神科医に相談ができ、適切な対応ができるとしています。又、健康管理については、年1回、健康診断の実施、他施設(2階の地域ケアプラザ)の看護師による疾病予防・健康管理、規則正しい日常生活の指導、また、必要に応じて、毎朝のバイタルチェックなどを行っています。就労の前提条件として自分で体調管理を行うことができるように指導することを最も重視しています。利用者の健康状態の把握に努め、状態に応じて、血圧・服薬管理・定期的な体重測定、食事・栄養指導、頓服薬の預かりなどを一人ひとり個別に対応しています。新型コロナの感染対策として、毎日自宅での検温に取り組んでいます。

第三者評価結果

|     |  |            |
|-----|--|------------|
| A12 | <b>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。</b> | <b>非該当</b> |
|-----|--|------------|

A-2-(6) 社会参加、学習支援

第三者評価結果

|     |   |          |
|-----|---|----------|
| A13 | <b>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。</b> | <b>a</b> |
|-----|---|----------|

【判断基準】

- a) 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。
- b) 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習の為の支援を行っているが、十分ではない。
- c) 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ない。

- ア 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。
- イ 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。
- ウ 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。
- エ 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。

<コメント>  
 利用者が就労するにあたり、社会生活における必要な知識、例えば、電話のかけ方、挨拶の仕方などについてのワークを計画的に実施しています。又、利用者個人に対して、必要なワークを個別に実施しています。就職に向けて職種や勤務内容について利用者の意向を確認し、利用者の希望する職種を体験できる実習を設定したり、企業見学会を実施し、就労のイメージ作りを支援しています。就労者に対しては、就労における基本姿勢や日常生活に必要な知識についての勉強会を定期的開催しています。外出外泊、友人との交流へについて事業所での対応はありません。

A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援

第三者評価結果

|     |   |          |
|-----|---|----------|
| A14 | <b>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。</b> | <b>b</b> |
|-----|---|----------|

【判断基準】

- a) 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。

b) 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が、十分ではない。

c) 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ない。

- ア 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。
- イ 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識を高める支援や工夫を行っている。
- ウ 地域生活への移行や地域生活について、利用者の意志や希望が尊重されている。
- エ 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。
- オ 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。

<コメント>  
 利用者が家族から離れて一人暮らしを始めたり、グループホームの利用開始や終了時には、利用者の新生活への不安や疲労感に対して手厚いフォローを心掛けています。家庭からグループホームへと生活の場が移る際には、家族や関係機関と連携して、移行後も生活を安定して送れるように支援しています。事業所までの経路や交通機関についても、確認を重ねます。相談支援事業所と連携をとり、必要なサービス利用を検討することもあります。就労する場合は、就労後に自立生活を考えていけるよう情報提供の機会を設定しています。又、就労移行支援、就労継続支援B型、就労定着支援のサービス種別変更時も、プログラム内容が本人と合っているかカンファレンスを開いて、円滑な移行になるように配慮しています。

A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援

第三者評価結果

|     |   |          |
|-----|---|----------|
| A15 | <b>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。</b> | <b>b</b> |
|-----|---|----------|

【判断基準】

- a) 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。
- b) 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っているが、十分ではない。
- c) 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っていない。
  - ア 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。
  - イ 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。
  - ウ 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。
  - エ 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。
  - オ 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。
  - カ 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。

<コメント>  
 年1回は、個別支援計画作成時のカンファレンスに家族の同席を依頼しています。その際、家族に対しては、客観的な立場で情報提供しています。日々の支援の中で必要があればその都度家族と連絡を取り、情報共有や助言をしています。体調不良時は、先ず利用者本人の体調確認を行い、早退する場合は、家族やグループホーム職員と確認してから帰宅してもらっています。軽微な不調の場合は、体温チェック表にメモをつけるなどの手段で報告することがあります。家族への連絡は適切に行われていますが、家族に連絡すべき状況か否かを判断するルールについて、マニュアルなどに明文化することが期待されます。

A-3 発達支援

A-3-(1) 発達支援

第三者評価結果

|     |  |     |
|-----|--|-----|
| A16 | A-3-(1)-① 子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。 | 評価外 |
|-----|--|-----|

A-4 就労支援

A-4-(1) 就労支援

第三者評価結果

|     |                                       |   |
|-----|---------------------------------------|---|
| 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。 | a |
|-----|---------------------------------------|---|

【判断基準】

- a) 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) 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が、十分ではない。
- c) 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ない。
  - ア 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。
  - イ 利用者一人ひとりの障害に応じた就労支援を行っている。
  - ウ 利用者の意向や障害の状況にあわせて、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。
  - エ 働く意欲の維持・向上のための支援を行っている。
  - オ 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。
  - カ 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。

<コメント>  
 利用者が就労に向けて働く可能性を引き出せるように作業環境を整えたり、必要に応じて全体ワークとは別に個別ワークを実施しています。例えば、電話を掛けるということ習得するために、外部作業として電話を掛けるロールプレイングを実施したり、体験実習として、パソコンを操作してコピーやスキャンを行い、それをパソコン内に保存するなどの模擬作業を経験してもらっています。利用者本人が就職へのモチベーションを持てるよう、日々訓練として作業を行う中で、利用者から聞き取り、助言や話し合いを行っています。また、他の関係機関や家族と連携を図り、情報共有を心掛け、利用者の就労支援を行っています。

第三者評価結果

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。 | a |
|---|---|

【判断基準】

- a) 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) 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が、十分ではない。
- c) 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ない。
  - ア 利用者の意向や障害の状況に応じた仕事時間、内容・工程等となっている。
  - イ 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。
  - ウ 仕事の内容・工程等の計画は、利用者と作成するよう努めている。
  - エ 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。
  - オ 賃金（工賃）等を引き上げるための取組や工夫を行っている。
  - カ 労働安全衛生に関する配慮を適切に行っている。

|  |
|--|
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者との面談で、参加を希望する作業を聞き取り、月2回の会議や日々行われている体制ボードの打ち合わせで利用者の適性に合った配置を検討しています。利用者が手順を理解しやすく、適正な難易度の作業を受注し、工程を細分化することで多くの利用者が取り組めるよう工夫しています。支払う毎月の工賃の額について、利用者にその根拠をわかりやすく説明する資料を作成し、どのような点が改善されれば工賃アップにつながるかを分かるようにしています。又、利用者が安全を意識できるように、スローガン唱和や危機予知訓練の取組を継続しています。</p> |
|--|

第三者評価結果

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。 | a |
|---|---|

【判断基準】

- a) 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) 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が、十分ではない。
- c) 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ない。
  - ア 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。
  - イ 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。
  - ウ 利用者の障害の状況や働く力にあわせて、利用者与企业とのマッチングなどの就職支援を適切に行っている。
  - エ 就労後の利用者や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。
  - オ 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を行っている。
  - カ 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・働きかけを行っている。

|   |
|---|
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所の就労支援員が、企業やハローワーク、就労支援センターと連携し、日々職場開拓の機会を作っています。一般的な求人情報を収集するとともに、利用者の就労の実績がある職場とは、就労定着支援員が定期的に連絡を取っており、求人情報があるか確認しています。就労定着の為に定着支援計画を用いて長期の目標や期間ごとの振り返りを実施し、企業と情報共有しています。さらに就労者とは、月1回面談を実施し、色々な相談に応じるようにしています。長年事業所の職員と家族しか知らずに生活してきた利用者が多く、一人暮らしの利用者が就労後、孤独な生活にならないよう見守り、アドバイスもしています。</p> |
|---|





株式会社フィールズ  
〒251-0024 藤沢市鵜沼橋1-2-7 藤沢トーセイビル3F  
TEL:0466-29-9430 FAX:0466-29-2323