

福祉サービス第三者評価
評価結果報告書
令和6年度

社会福祉法人 電機神奈川福祉センター
就労移行支援事業所 ウィング・ビート

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:	ウイング・ビート
種別:	就労移行支援、就労定着支援
事業所代表者氏名:	山内 佳美
定員(利用人数):	20名(10名)
所在地:	〒213-0001 川崎市高津区溝口3-9-4 津田メディカルビル1階
TEL/FAX:	TEL:044-822-0411 / FAX: 044-455-4950
ホームページ:	https://www.denkikanagawa.or.jp/service/wing.html
開設年月日:	2014年4月1日
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: 6名	非常勤: 0名
	専門職員(名称)	社会福祉士:4名	
		精神保健福祉士:2名	
		職場適応援助者:1名	

施設・設備の概要

居室数	レクチャールーム:1 リフレッシュルーム:1 OA ルーム:1 ワークルーム:1 スタッフルーム:1 相談室:2 更衣室:2
設備等	トイレ:2(男女別) 洗面台:3 倉庫:1

③理念・基本方針

<p>【法人の基本理念「わたしたちのめざすもの」】</p> <p>①障害者の社会的自立をめざす 障害者の就労、特に一般企業における障害者雇用をゴールに、障害者一人ひとりに個別の目標を設定し、総合的な育成をはかります。</p> <p>②地域福祉の充実をめざす 地域の高齢者・障害者に対する介護・福祉サービスのプランや調整、そしてデイサービスを中心とした日中活動の支援を行います。</p> <p>③福祉に対する啓発 より多くの地域の方々に、福祉について身近に感じとってもらうための啓発活動を行います。</p> <p>【法人職員のミッションとコミットメント】</p> <p>ミッション(使命):「最善・最適な幸福(サービス)の提供」 コミットメント(誓い):「絶えざる研鑽と成長」</p>

④施設・事業所の特徴的な取組

<p>・ウイング・ビートは、発達障害のある方が一般企業に就職するために必要な力を磨けるよう、発達障害に特化したプログラムで構成しています。 利用者の特徴として、年齢が若く、社会経験の少ない方が多いことが挙げられます。自分に何が向いているのか、できること(できないこと)、やりたいこと(やりたくないこと)は何かなど、まずはリアルな体験を通して自己理解を深め、就職に向けて、「強み・弱みの把握と必要な対策を持つ」、「自分に自信をつける」、「社会人としての意識を高める」、「協調性、役割に対する責任感を持つ」の4点を目標にしています。</p> <p>・発達障害に特化した就労支援を行って10年以上が経ちます。コミュニケーションをリアルに学べる機会が豊富です。長く、安心して働き続けるためのポイントは「コミュニケーション」だと考えます。これまでの支援実績から蓄積されたノウハウを活かし、伝え方や聞き方をはじめとした「他者と円滑に心地良く付き合う」ためのコツをお伝えしています。</p> <p>・3年定着率80パーセント以上。累計就職者数は100名を超えます。 多くの方が一般企業で長期的に活躍しています。高い定着率の秘訣は、ご本人と職場のマッチングに力を入れているからです。応募前に事前の情報収集や見学をして企業のアセスメントを行い、その上でマッチングを考えています。</p>
--

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	契約日:令和6年11月5日	訪問調査日:令和7年2月13日
	評価結果確定日 : 令和7年4月23日	

受審回数(前回の時期)	1回(前回:2017年度)
-------------	---------------

⑥総評

◇特長や今後期待される点

1)利用者の就業定着率が高く、数多くの就職者を輩出しています

職場開拓・就職活動支援・定着支援等の取組に優れ、様々な工夫を行っています。卒業生の職場定着率は非常に高く、多くの就職先企業にも喜ばれています。利用者・企業双方へのアセスメントを行いマッチング度を高めています。また、ミスマッチが起きないように企業には出来るだけ採用前の実習をお願いしています。採用側・求職側の2つの視点から検証、評価を行い、最適なマッチングとなるよう取り組んでいます。

2)卒業生との活発な連携・支援を実施しています

卒業生とは毎月の就職先への職場訪問等で連携しています。生活上の困りごとや職場での悩み、再就職等の相談はいつでも電話等で対応し必要な支援を行っています。担当者は就労支援センターやハローワーク等と連携し、新規の企業の見学や説明会にも参加して常に最新の情報を得るように取り組んでいます。年に数回就労者向けの企画として、花見等のレクリエーション活動の実施や居場所づくりとして事業所開放等の支援を行っています。定着支援事業の終了後も卒業生と繋がっています。

3)相談支援センター等、地域関係機関との連携に優れています

川崎市が主催し、川崎市発達相談支援センターが実施している「発達障害 対応力向上研修会」に研修講師として施設長が参加し、発達障害児・者の支援に尽力するなどしています。また、近隣の中部就労援助センター（川崎障害者就業・生活支援センター）と連携し、ブロック会議への参加をはじめ、地域の福祉事業所の見学ツアー等の企画に協力し支援しています。同援助センター主催「就労移行支援事業所合同説明会」等への積極的な参加により地域の具体的な福祉ニーズ・生活課題等を把握するとともに、参加事業所との情報交換を実施し交流を図っています。

4)利用者への相談対応やプライバシーへの配慮などのマニュアル化が期待されます

事業所作成の新規配属職員向け手引き書「ウイング・ビートFIRST STEP」は職員の行動指針として、利用者との接し方等サービスの基本を記載し、最善・最適な支援を提供するためのテキストとして活用しています。利用者への相談対応やプライバシーへの配慮の認識は統一され、また、適切に実行されているもののマニュアルの作成が不足していると振り返っています。必要性を検証し、作成について検討す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

今回の第三者評価の受審に際し、事前準備として職員全員で自己評価を行いました。評価基準ごとに意見を交わし、最終的な自己評価をつけていきました。提供しているサービスの質について振り返るとともに、職員がどのような想いで職務にあたっているかを共有しあう貴重な機会となりました。

総評に記載いただいたように、利用者の就職活動支援や定着支援における取組や実績が評価され大変嬉しく思います。今後も高い就労定着率を維持できるように事業所全体の支援力を底上げし、最善・最適な幸福を提供していきます。一方、事業計画を利用者・職員に周知することや、プライバシー保護に関するマニュアルの整備等、今後の取り組みが期待されるものもいくつかございます。速やかに行動に移し、より質の高いサービスを提供できるように努力し続けます。アンケートに協力してくださった利用者の皆様、第三者評価受審に際しサポートしていただいた株式会社フィールズの皆様、本当にありがとうございました。

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
---	-----------------------------------	----------

【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。

<コメント>

法人のパンフレットに「わたしたちのめざすもの」を記載し、ホームページでは職員のミッション(使命)、コミットメント(誓い)も紹介しています。施設長は折に触れ、日々の職員会議等で私たちの使命(ミッション)「最善・最適の幸福(サービス)の提供」等の周知を図っています。今後、事業所のパンフレットや利用者向けの重要事項説明書、職員向けの手引書「ウイング・ビート FIRST STEP」等に理念・ミッション・コミットメント等を記載し、より一層周知することが期待されます。

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。	a
---	---	---

【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>

施設長は川崎市等の行政や障害者地域就労援助センターの要請でセミナー講師等を勤めており、講演内容の資料として社会福祉事業全体の動向等を厚労省の各種資料やデータ等で収集しています。事業所が位置する川崎市高津区周辺では特に交通の便の良い溝の口駅周辺等で、福祉事業所の新規開設が顕著で、競争が激化しています。また、大学への進学率が年々上がっており、利用者の進路の選択肢が増える中で、いかにして集客していくかが市場全体のテーマだと分析しています。

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。	b
---	-----------------------------------	---

【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、職人体制、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>

経営環境と経営状況の把握・分析にもとづき、取組を進めていますが十分ではありません。経営状況や課題については施設長が出席する経営会議と理事ヒアリングで共有しています。法人では組織改編に向け現在検討を実施しています。事業所では全体会議で課題解決に向けて職員が話し合い、具体策について検討しています。

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。	b
---	--	----------

【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>

法人では中・長期計画「Denkiプラン」を作成しています。法人としての経営課題を明確にし、各事業所が取り組む事業所目標を策定し、数値目標や具体的な成果等を設定して実施状況の評価が行える内容とすることが期待されます。

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。	b
---	---	----------

【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>

単年度の計画は、法人の中・長期計画を一部反映して策定していますが、目標数字が実態に即していないため、十分な内容ではありません。中・長期計画及び事業計画の内容を精査して整合性を取ることが期待されます。

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>

事業計画は、施設長と支援主任を主体として、就労移行支援・就労定着支援担当者も交えて話し合い策定しています。事業所運営の主要な取組項目を網羅した事業計画を策定し、事業計画の具体的な内容を会議や研修会で職員に周知し、理解して取り組むことが期待されます。

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>

法人のホームページでは情報開示として、前年度の現況報告書と各事業所の事業報告書が閲覧できます。事業所では毎年実施している家族セミナーで前年度の事業報告書を配布して、説明しています。今後計画策定後、早い時期に今年度の重点取組事項等をより理解しやすいような工夫をして、利用者・家族に説明することが期待されます。

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。

b

【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>

毎日、支援(サービス)活動終了後に、必ず30分から1時間の職員会議を実施し、情報共有をしています。利用者状況・諸連絡事項・明日のプログラムの共有・ヒヤリハット等について話し合っています。利用者一人ひとりの個別支援計画は、利用者の意向や日頃の姿をもとに毎月モニタリングをして、支援に繋がっています。支援記録には、利用者のアセスメントの他に、苦情や要望等の情報も記入しています。記録データは個人別に検索することができ、個別支援計画に活かしています。

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

【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>

自己評価の評価結果や毎年実施している利用者満足度の結果に基づき、改善の取組を分担して進めています。満足度調査の結果を踏まえて職員間で課題について話し合い、認識を共有して、課題に対してはその都度、改善策を検討し、取り組んでいます。改善の取組を計画的に実施していくこと、事業所としての分析結果等を文書化する事等に取り組むことが望まれます。

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。	b
----	---	---

【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>

施設長は、自らの事業所の経営・管理に関する方針と取組を全体会議等で明確にしています。また、毎年3月に実施している全体会議では、次年度の事業計画と共に自身の役割と責任を表明し、周知しています。有事（災害・事故等）における管理者の役割と責任について、業務分担一覧表等で不在時の権限移譲等を含め明確化しています。

第三者評価結果

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。	a
----	--	---

【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>

施設長はサービス管理責任者研修や社会福祉法人神奈川県社会福祉協議会 主催プレリーダー研修、中堅職員研修に参加する等の経歴の中で、遵守すべき法令等を十分理解し、取引事業者、行政との適正な関係を保持しています。環境への配慮に於いては、地区の清掃活動への参加、ごみの削減等の取組を行っています。事業所内にはハラスメント防止と相談窓口についての掲示があります。

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

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。	a
---	----------

【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>

施設長は、毎日の職員会議で利用者支援について話し合い、継続的に支援の質の向上の取組を指導をしています。現状についての評価、分析は全体会議で話をしています。職員の行動指針の手引書として「ウイング・ビートFIRST STEP」を作成し、接遇マナーの向上に意欲的に取り組み、選ばれる事業所に向けてサービスの質の向上に取り組んでいます。会議ではワークシートを使って自事業所の強みを分析をし、事業所の案内パンフレットを作成する等、職員の意見を反映した取組を実施しています。

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。	b
---	----------

【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>

施設長は、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ますが、現在は成果が十分ではないと感じています。職員の働きやすい環境整備に向けて、事業所内での職員の金銭の取り扱いを軽減し、パソコンやタブレット等IT機器を導入して業務の効率化に向け取り組んでいます。安定的な経営を目指して、人員体制の調整や整備に務め、利用者数と職員体制のバランスをみながら、支援の質の向上と職員の働きやすさを求めて人員配置に取り組んでいます。

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。

b

【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>

職員の採用活動は法人が一括して実施しています。施設長は、新卒で入社した新人には4、5年で複数箇所の事業所を経験させたいとの思いがあります。配属職員は、社会福祉士資格や精神保健福祉士資格を取得してスキルを身に着けた人材が多く配置されています。今後の事業運営の工夫が期待されます。

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。

a

【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

<コメント>
 事業所は配属された職員の勤務の手引きとして「ウイング・ビート FIRST STEP」を作成して行動指針を明示しています。法人は「就業規則」を策定し勤務規定を明示していますが、昇進・昇格等の人事基準は記載していません。人事考課表の「キャリアパスシート」により、職員は今期の目標の達成度を考課者と話し合い、業務評価を実施しています。今後、法人として「期待する職員像」を明示し、「昇給、昇格、昇進に関する規定」等を職員に明示することが期待されます。

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>
 施設長は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を構築し、働きやすい職場づくりに積極的に取り組んでいます。有給消化率は90%以上です。有給休暇は、1時間単位での取得も可能で、育児短時間勤務は朝30分・帰宅時30分等の分割取得も可能となっています。人事考課面談では、管理職の2名が同席し、職員一人ひとりの半期の評価結果を伝えています。面談では、評価内容の説明に加えて、今後のキャリアに関する希望や要望も丁寧に聞き取り、職員にとって公平で納得感のある評価となるよう努めています。福利厚生はバースデイ休暇取得や「ハマふれんど」の利用等ができます。

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。

a

【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>

法人では「キャリアパスシート」を使い、職員一人ひとりの育成に向けた目標管理を実施しています。人事考課面談は管理職の2名と実施しています。職員は自ら今年度の目標を設定し、目標に対する取組状況を中間面談で話し、進捗状況の確認を行い、最終面談ではその目標達成度の確認を行っています。賞与支給時期(夏と冬)は中間面談を兼ねた個別面談を実施しています。

第三者評価結果

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>

法人の誓い(コミットメント)として、「絶えざる研鑽と成長」を掲げています。職員研修に向けて法人で実施している研修内容を網羅した「研修講座一覧」や「必須研修講座名」等を明示し、年度初めに職員一人ひとりの年間研修計画を作成し、職員育成に取り組むことが期待されます。

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。

b

【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>

事業所では、職員のスキルや資質、事業所着任後の研修受講履歴を把握しています。職員のレベルに応じた研修の受講をすすめ、新任職員に対しては利用者との面談時に、先輩職員等が共に参加して、指導するようにしています。外部研修はコーポレート本部からイントラネット上に案内を掲示し、横浜市等行政からの案内やその他の関係先から来たものは職員に回覧しています。資格取得研修への参加は勤務扱いとなり、費用の支援もあります。

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。

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 専門職種の特徴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>

以前は受入れをしていましたが、現在は社会福祉士実習指導者の資格を持つ職員がいないため、実習を受入れることができていません。法人内他事業所で受入れた実習生からの希望があった場合には受入れを実施しています。その際には、実習生の希望を丁寧に聞き取ります。適切な指導方法で、実習生が主体的に学び、成長できるように支援しています。

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。	b
----	--------------------------------------	---

【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>

法人のホームページには、法人の理念(わたしたちのめざすもの)、使命(コミッション)、誓い(コミットメント)事業報告書、現況報告書等を公開しています。ホームページの事業所案内に当事業所について名称と所在地、電話番号を記載し、事業内容やプログラムの内容も分かりやすく紹介しています。苦情の受付、第三者委員等については重要事項説明書で明確にしています。苦情内容に基づく改善等の公表や、地域へ向けて事業所の活動等を説明した広報誌等の配布等、広報活動の強化が期待されます。

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。

a

【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>

公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組を行っています。法人は、事務、経理、取引に関するルールが記載されたマニュアルを作成し、職員はいつでも法人のイントラネットで内容を確認することが出来ます。事業所では極力金銭の取り扱いをなくし、コーポレート本部で経理処理が完結する体制を作っています。定期的にコーポレート本部が事務処理ルールに関する記事をアップしています。法人は監査を受け事業報告を公開しています。

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。

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。

a

【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>

法人理念に「地域福祉の充実をめざす」、「福祉に対する啓発」を掲げ、利用者と地域との交流を広げるための地域との働きかけを積極的に行っています。法人の設立母体である電機連合神奈川地方協議会のふれ愛の旅の案内を利用者掲示板に掲示しています。地域活動としては、溝の口南公園の清掃、高津・二子子ども文化センターでの利用者清掃実習を実施したり、高津図書館での書架整理やリユース整理等に取り組んでいます。

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>

地域社会との連携を深め、より良いサービスを提供するため、ボランティアの受入れを積極的に行う意向があります。受入れにあたっては、法人内で作成したマニュアルに沿って、スムーズな活動をサポートする体制を整えています。現在、受入れ担当者は不在ですが、法人内他事業所で受入れたボランティアを自事業所で指導した実績もあり、ノウハウは蓄積しています。

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。

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>

近隣の武蔵小杉に立地する中部就労援助センター(川崎障害者就業・生活支援センター)と連携しています。援助センターでは年間4回程度ブロック会議を開催しており、事業所からは就労支援担当者が参加して、会議内容を職員間で共有し、利用者支援に繋げています。相談支援事業所等から、支援を求める利用者の紹介を受けて、面接、見学、利用開始につなげています。日常的な連携を頻繁に取り、援助センター主催の就労移行支援事業所合同説明会や地域の福祉事業所の見学ツアーの企画支援等でも協力しています。

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。	a
----	--	----------

【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>

中部就労援助センター主催「就労移行支援事業所合同説明会」等への積極的な参加・活動により地域の具体的な福祉ニーズ・生活課題等を把握し、参加事業所との近況報告を交わして、交流を図っています。また、川崎市発達相談支援センター主催「発達障害 対応力向上研修会」に施設長が講師として参加し支援するなどしています。事業所としては、地域向けのイベント「就活アプリ」を主催して、地域の福祉ニーズや課題等の把握に努めています。

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。	a
----	--	----------

【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>

事業所としては、地域向けのイベント「就活アプリ」を主催して、把握した地域の福祉ニーズや課題等に対し、地域資源の紹介をしたり、他機関に繋げたりしています。外部実習の一環として公園清掃や、子ども文化センターの清掃、図書館の書架整理等を通して、地域の方々に協力・交流しています。同じビルに入居している保育園児の緊急避難通路として事業所を開放し、支援・協力しています。

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>

法人の使命(ミッション)では、「最善・最適な幸福(サービス)の提供」を掲げ、この使命を達成するために、誓い(コミットメント)として「絶えざる研鑽と成長」を職員に求めています。入職時研修をはじめ、継続的に職員会議で確認するほか、スタッフルームに掲示し、意識付けを行っています。内部研修では、利用者の権利擁護をテーマに学びの機会をもち、日頃から実践するよう努めています。毎日、職員会議を行い、利用者対応において不適切なことがなかったか、振り返りを行っています。

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。

b

【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れ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>

法人では個人情報保護規程を整備し、職員は日頃の実践において遵守に努めています。利用者には、個人情報使用、写真使用の説明を行い、同意を文書に残しています。職員は、利用者が安心して活動できるよう、プライバシーに配慮したサービスの実践に取り組んでいます。プライバシー保護に関する考え、手順等を示すマニュアルの作成が必要と考えています。今後の作成を期待します。利用者の個人ロッカーの整備、プライバシーに配慮した面接の場(相談室)を確保するなど、環境整備に努めています。

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。

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、個別に丁寧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>

事業所を紹介するリーフレットは区役所、関係機関等に配布し、希望者に適切に情報が届くよう便宜を図っています。A4、3つ折り、カラーで写真、イラストを使ったデザインにし、分かりやすい表現に努めています。見学の際、利用までの流れを説明するほか、就労率・定着率など実績を伝えています。ホームページでは文字・写真だけでなく、動画も使って事業所への理解が深まるよう努めています。体験実習は積極的に受入れ、利用希望者の意向に応じ、半日から長い方は5日間の体験をする方もいます。体験を通じて、納得して利用に結びつくよう配慮しています。

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

【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>

利用前に実習を行い、最終判断は本人の自己決定を尊重しています。初日にオリエンテーションを実施し、ルール等の説明を行うほか、特に服装は写真付きの例示資料を配布し、理解しやすい配慮を行っています。障害特性に配慮し、契約書等の資料にルビ付きのものを用意しています。また、自身を振り返る「セルフアセスメントシート」には自由記述欄を設け、定期的に要望の把握に努めています。意思決定が難しい方には、面談を重ねるとともに、必要に応じて家族からヒアリングを行っています。意思決定が困難な方への対応は、日々の処遇やアセスメントを通し、職員会議で方向性を検討しています。

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>

他施設への移行の希望があった場合、本人や家族と話し合いの場を持ち、将来を見すえた選択ができるよう支援しています。さらに移行先の事業所の求めに応じて、本人と相談のうえ、支援の継続性に配慮した引継ぎ資料を作成、提供しています。さらに支援記録に記載して、同様の他の事例が生じた場合の参考としています。サービス終了後、利用者、家族からの求めがあれば、必要な相談援助を行っています。特に就労定着支援事業の利用期間(3年)が過ぎてからの相談は、期限を定めずに必要な相談援助を行うよう努めています。

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。

a

【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、利用者満足把握を目的で定期的に行われている。
 - ウ 職員等が、利用者満足把握を目的で、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>

年1回利用者満足度調査を行い、集計を通じて定量的に全体の動向を把握するとともに、定期的に自由記述を分析し、サービス内容の見直しの基礎資料としています。利用者のプログラムの一環として年2回、「暑気払い」「納め会」のグループワークを実施し、利用者がやりたい事などの把握に努めています。さらに年1回、現利用者・就労者のご家族を対象に「家族セミナー」を開催しています。前年度の事業報告を行うとともにご家族同士が交流できるようにグループワーク形式の情報交換ができる機会を提供しています。参加者にアンケートを配布し、満足度が高かった項目や次年度以降の要望を把握しています。その内容をふまえ、より満足度の高い企画を検討しながら準備しています。

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。

b

【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、重要事項説明書には、苦情の受付として事業所の受付担当者、解決責任者を示すとともに、第三者委員の連絡先を示しています。さらにエントランスには、かながわ福祉サービス運営適正化委員会のパンフレットを常備するほか、苦情解決制度の掲示を行うなど、周知に努めています。苦情を受け付けた際は支援記録に入力し、職員間で共有しています。ミーティングで対応策を検討し、当事者に示しています。しかし、公表は行っていないことから、公表についてのルールを明確にし、実践したいと考えています。

第三者評価結果

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>

利用契約書に相談援助を行うことを明記し、契約時に説明をしています。一方、掲示は行っていないことから、今後の検討事項としています。プログラムの一環として定期面談を行っています。担当制は敷いていないので、誰にでも相談できることを説明しています。事業所内には、広い面談室を2ヶ所配置するとともに、ホワイトノイズを使用するなど、環境面で配慮しています。面談は日中のいつでも受けられますが、職員は他利用者との関係に注意を払い、プライバシーを守るよう配慮しています。

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。

第三者評価結果

b

【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>

利用者からの相談には、丁寧な対応を心がけ、安心して話せる雰囲気を作って傾聴に努めています。利用者の個別の課題はセルフアセスメントシートを参照するほか、利用者全体のニーズの把握は利用者満足度調査の結果分析を通じて行っています。利用者からの意見・要望への対応に時間を要する場合、そのことを本人に伝え、見通しが立つよう配慮するとともに、可能な限り迅速に対応するよう努めています。今後は、相談・意見への対応マニュアルの作成とともに、見直しの手順を設定することを期待します。

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。

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。

第三者評価結果

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を担当し、各事業所の事故報告、ヒヤリハットを集約しています。月1回の会議では、事故・ヒヤリハットの集計で全体の動向を把握するとともに、具体的な事故事例の分析を通じて、再発防止・事故予防対策に役立てています。会議の結果は事業所内で共有するとともに、内部研修の基礎資料として活用しています。さらに不審者対応の研修を行って、緊急事態に備えるほか、安全面に配慮して、入り口の自動ドアを手動にしています。

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>
 業継続計画(BCP)を作成し、感染症対策と管理体制を明確にしています。さらに感染症の予防と発生時の具体的な対応マニュアルを整備し、発生時に備えています。安全衛生委員会では、月1回の会議を通じて、感染症対策の徹底を各事業所に指示し、実践を徹底しています。新型コロナウイルスの5類移行後も、アルコールスプレーを設置し、いつでも手指消毒ができる環境を整えています。感染症対策の事業所内研修を開催し、嘔吐物の処理など、具体的な対応方法を学び、備えています。

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

【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、職員と利用者全員が参加して、避難訓練を実施しています。避難訓練計画は、管轄の消防署に提出して指導を受けています。訓練の一環として広域避難場所を確認し、実際に現地まで歩いて模擬避難を行っています。災害備蓄品は、リストを作成して年1回在庫を確認して、発災時に備えています。また、就労移行支援事業利用者には、災害時のメールでの安否確認を行うことになっています。

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。

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。

a

【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>

「ウイング・ビート FIRST STEP」は新規に配属された職員のテキストとして利用するとともに、サービスの標準的な実施方法を網羅的に示す行動指針として活用しています。利用者との接し方の項目では「尊重と包括性」「インクルージョン」「エンパワーメント」など、利用者尊重の考え方を示し、職員は実践しています。初任者や経験の浅い職員には、内部研修のほか、上席者や先輩職員のOJTを通じて、指導を行うなど、サービスの質の底上げを図っています。

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。

a

【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>

計画の作成・実行の手順は、先ずアセスメントを実施し、各項目を自己評価と事業所評価の2つの視点から整理し、課題分析を行っています。計画は本人目標に加えて分析した課題、この解決に向けた目標・支援プランを示しています。サービス提供を通じ、毎月1回、モニタリング(評価)を実施しています。これを踏まえて計画の見直しを行うなど、PDCAサイクルを通じて、計画の作成、実行、評価、見直しを行っています。

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。

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>

個別支援計画作成の責任者はサービス管理責任者です。事業所ではアセスメントシートを独自に開発しています。多職種が参加するケース会議を開催し、利用者による自己評価を踏まえ、事業所評価を行うなど、アセスメントを実施し、課題分析を行っています。さらに利用者には、セルフアセスメントを実施して、結果は計画作成や具体的支援の参考にしています。毎月のモニタリングでは、目標・支援プランに照らしてサービスの実践を評価し、定期(3ヶ月又は6ヶ月)の見直しの基礎資料としています。

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。

a

【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、利用者の状況に応じて、1～3ヶ月の範囲内で見直しを行っているのが現状です。自己評価・他者評価を伴うアセスメントの結果を踏まえ、利用者の意向に応じて計画を作成、見直しを行っています。基本的な評価の視点については、「ウィング・ビート FIRST STEP」にも示しており、仕組みとして機能しています。計画の作成・見直しの結果は、毎日の職員会議で共有して、実践に反映しています。急遽、外部実習に参加する場合、見直した案を利用者に交付するなど適切に運用しています。

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 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。

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>

「個人シート」には、利用者の身体状態や生活状況を記録しています。さらに郵送、連絡に必要なリストとして「情報ソース」があり、住所・電話番号を記録しています。日々の支援記録は「ニュース」というドキュメントアプリで管理し、随時入力を徹底してリアルタイムの情報を閲覧できるようにしています。専門職として記録を重視し、内部研修でスキルアップを図っています。職員全体会議は事案の決定などの他、モニタリングを目的として月2回開催しています。毎日、職員会議で利用者状況の確認を行うとともに、支援の振り返りを行っています。

第三者評価結果

45

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。

a

【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>

法人では「個人情報保護規程」を整備し、利用者の個人情報の保管、廃棄、情報提供などに関するルールを定めています。重要事項説明書には、この規程に基づく「利用者の記録及び情報の管理」を示し、利用者には説明の上、同意を文書に残しています。この規程に従って、個人情報を記載した書類は個人ファイルに収納し、鍵付き書庫に保管するほか、日常的に職員同士で注意喚起しあっています。法人ではネットワーク委員会を設置し、情報漏洩がないよう指導しています。

(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>

2週間に1回、定期面談を行うほか、希望に応じて臨時の面談を行っています。面談では傾聴を原則とし、不安や不満の解消に努めるとともに、どうしたいのかなど意向を把握し、必要な支援につなげています。個別支援計画に示す課題・目標は、面談を通じて振り返りを行い、納得感をもって設定、実行できるよう支援しています。計画作成時には、セルフアセスメント(自己評価)を実施してもらうとともに、他者評価(事業所評価)を行うことで、客観性を担保し、両評価の乖離は課題分析に活用しています。また、シートには要望欄を設け、利用者満足度の調査結果とともにプログラムの質の向上に役立てています。また、グループワークを実施し、協働して課題を解決するスキルの習得を目指しています。

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等を明確に定め、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>

法人では虐待防止対応規程を定め、経営層は法人が開催する「虐待防止委員会」に参加するなど、組織的に利用者の権利擁護に取り組んでいます。職員は入職時に権利擁護をテーマとした研修を受講するほか、「虐待の芽チェックリスト」を使って、定期的に自らの言動、行動の振り返りを行っています。利用者には、重要事項説明において「虐待防止について」の項目を設け、具体的な取り組みを示しています。法人では、組織的に利用者の権利擁護を徹底できるよう、システム運用により苦情解決事業、虐待防止に関する取り組みに関する入力フォームを活用し、各事業所から情報を集約しています。結果は各事業所にフィードバックするとともに、利用者の権利擁護策の立案に役立てています。

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>

利用者は利用開始時に「個人シート」「自己分析シート」を作成し、事業所では心身の状態、生活習慣、望む生活等の情報を把握しています。これらを踏まえて、利用者の自主性・自発性を大切にした自立支援に取り組んでいます。生活の自己管理面では、生活リズム、服薬管理、身だしなみなどの課題に対してメリットを説明するなど、動機付けを重視した支援に努めています。さらに個別の「生活記録表」を用いた支援を行う際は、ケアカンファレンス通じて、支援内容の有効性を協議したうえで進めています。サービス利用時に必要なセルフプランの作成補助を行っています。

第三者評価結果

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

【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>

職員は、日頃から利用者とのコミュニケーションを積極的にとるよう努めています。2週間に1回の面談のほか、日常的に職員、利用者双方から声をかけ合って雑談に発展するなど、良好なコミュニケーションが取れる関係づくりに努めています。極端に意思疎通が困難な方はいませんが、表情やしぐさから、真意が読み取れない場合、個別的な対応をすることもあります。個別支援計画案やアセスメント結果を伝える面談では、より分かりやすく伝えるため、別の用紙に理解を促す文字やイラストを書くなど、様々な伝えるための工夫をしています。事実に基づく説明が苦手だったり、自分の思い、気持ちをうまく伝えられない場合は家族と連携することや、発達障害の支援機関の専門職に協力を依頼することもあります。

第三者評価結果

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。

a

【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>

固定の面談では、2週間に1回の定期面談と、1～3ヶ月ごとの個別支援計画面談があります。そのほか利用者が希望するタイミングで随時に面談を行っています。利用者には、いつでも、誰にでも相談できることを伝えています。自ら申し出られない利用者の場合、様子を見ながら声かけをして、面談につなげることもあります。面談内容は、毎日の職員会議や月2回の全体会議で話し合い、支援記録、申し送り等を通じて共有しています。会議にはサービス管理責任者が参加し、個々の課題解決に向けた支援の方向性や具体策を検討し、実践につなげています。さらに実践結果は後に検証・評価して、支援の経緯を支援記録に残しています。なお、面談内容に応じた個別支援計画になるよう、月1回のモニタリングで評価を行っています。

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>

利用者が、様々な職種での業務をイメージしたり、適性を把握したりするために、多様なメニューを用意しています。軽作業ではビーズ仕分け、タオルたたみ、はがきと封筒の仕分け、事務では数値・文章入力、データ照合、作業日報集計、清掃の模擬作業などがあります。このほか単発の依頼業務を用意するなど、メニューの多様化を図っています。さらに施設外での職場体験実習では、近隣の児童館や図書館と契約し、定期的に体験の機会を確保しています。レクリエーションでは、夏の「暑気払い」、冬の「納め会」を実施し、内容は利用者の意向を踏まえたものとしています。利用者にとって有益な地域の社会資源の情報提供に努めています。施設の情報はもとより、高津スポーツセンターのイベントや、電機連合神奈川地方協議会主催のふれ愛の旅などを紹介しています。個別支援計画の見直しに合わせ、プログラム内容や支援内容を個別に検討し、最適なサービスにつなげています。

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>

研修情報は回覧を通じて全職員に周知しています。職員は法人のキャリアパスを踏まえて、専門職として必要な知識・技術の習得のために外部研修に参加しています。研修受講者は振り返りのために報告書を作成し、法人のネットワーク掲示板にアップし、成果を全体で共有するよう努めています。利用開始時に作成した「個人シート」や「自己分析シート」を使って、利用者の障害による行動特性や、生活状況などを把握しています。個人に応じた支援方法を検討し、共有して実践に努めています。利用者間でトラブルが生じた際は迅速な対応を心がけ、互いが納得できるよう両者の関係を調整します。また、支援記録には、問題発生から解決までの経緯を記録し、職員はこれを踏まえた関わりをするよう努めています。事務所内は各ルームを壁で仕切り、個別的な対応が必要な利用者にとって過ごしやすい環境となっています。

A-2-(2) 日常的な生活支援

第三者評価結果

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
----	--------------------------------------	----------

【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>

調理施設がないため、昼食は持参するか、近隣の飲食店で喫食します。施設内には、ポット、電子レンジ、冷蔵庫を用意し、温かいものや保冷する食材をおいしく食べられるよう配慮しています。ボードゲームやカードゲームを用意し、昼食休憩時間が楽しく過ごせるよう配慮しています。身体介護が必要な利用者がないため、入浴、排せつ、移動・移乗の支援を行う機会はありません。感染症対策では、嘔吐物処理の研修などを行い、備えています。移動については、施設外実習の際に、事前に通勤訓練をするなど必要な支援を行っています。

A-2-(3) 生活環境

第三者評価結果

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
----	---	----------

【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>

法人の川崎市内の事業所と連携し、毎月、安全衛生会議を開催しています。ヒヤリハットや事故報告などの情報を収集し、分析を通じて再発防止や事故予防に取り組み、安全に対する意識の向上を図っています。また、プログラムではグループワークを行い、危険予知教育や衛生的な過ごし方などのテーマを深め、事業所で実践しています。法人理事長が、年2回、各事業所を安全衛生巡視で訪れるなど、法人全体で安全衛生活動に取り組んでいます。利用者がリラックスして過ごせるよう、面談室にはウォールステッカーを貼っています。定期的な清掃を行うほか、プログラムとして清掃作業を位置付け、室内の環境整備にも貢献しています。利用者が不安になったり、一人で過ごしたい時は、個室を使えるよう配慮しています。利用者アンケートを実施し、自由記述欄を設けて利用者の意向を把握し、運営に反映しています。

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。	a
-----	---	---

【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>

主に発達障害のある利用者が通所する就労移行支援事業所のため、身体的な機能訓練を必要とする利用者はいません。職業人としての生活習慣、身だしなみ、金銭管理に関する講習を行っています。また、講習のほか、個別の面談を通じて、自己評価・他者評価により利用者にフィードバックを行い、習得できるよう支援しています。事業所は職場を模した環境設定としており、振る舞いや報連相など、リアルな職業訓練を実施しています。個別支援計画に基づき、月に1回モニタリングを行い、結果を計画の見直しに反映しています。

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>
 利用者は、サービス利用開始時、「自己分析シート」を作成します。シートには日常生活状況、メンタルコントロール、医療状況など、健康に関わる記載項目があり、心身の健康状態や基礎情報を確認することができます。年に1回、健康診断を実施しています。結果によっては、生活習慣改善のアドバイスを行っています。さらに利用者は、必要に応じて嘱託医師を受診し、健康管理に役立てることができます。プログラムの一環として、食生活に関するグループワークを実施し、食生活の改善を通じた、健康の維持・増進を図るよう支援しています。

		第三者評価結果
A12	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。	非該当

【判断基準】

- a) 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) 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が、十分ではない。
- c) 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ない。
 - ア 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。
 - イ 服薬等の管理（内服薬・外用薬等の扱い）を適切かつ確実に行っている。
 - ウ 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。
 - エ 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。
 - オ 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。
 - カ 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。

<コメント>

医療的な支援は提供していないため、非該当です。

A-2-(6) 社会参加、学習支援

第三者評価結果

A13

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。

a

【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>

週に1回、ビジネスパーソンとしての知識・技術を習得するための講習があります。自己理解に関すること(目標を設定して実行するスキル、感情のコントロール、ワーキングメモリ等)や、就職活動に関すること(応募書類の作成ポイント、求人票の見方、印象が良くなる面接での受け答え等)を中心に、健康管理や安全衛生に関する内容も取り扱っています。また、月に1回、ビジネス実務マナーをテーマにした講習もあります。検定テキストを用いながら進めており、文書作成、電話応対実務、上司への報告・連絡・相談等、より実践的な内容となっています。利用者の希望を尊重しながら、図書館、児童館、その他協力企業での実習機会を提供しています。また、年2回、就労者(OB)が働いている企業に協力を依頼し、企業見学のイベントを実施しています。先輩が雇用され働いている様子を見学することで、訓練や就労に対するモチベーションを高めています。暑気払い会、納め会では、ゲームをした後、自由参加で食事会を行い、仲間と共に楽しみながら就労を目指す効果を期待しています。社会参加活動の一環で、地域の散策、広域避難場所の確認、公園清掃活動などを行っています。

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	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。	a
-----	--	---

【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>

利用者や家族から、地域生活への移行の相談があった場合、居住する地域の公的施設、サービス、自主活動など、様々な社会資源に関する情報を提供するなど、便宜を図っています。また、生活の場に変化があり、困りごとがあれば、関係機関の担当者と連携して解決できるよう取り組んでいます。講習やグループワークでは、一人暮らしに必要となることや、金銭管理などをテーマにした議論を通じて、生活のイメージがわくよう配慮しています。また、金銭管理に課題がある場合は、あんしんセンター(社会福祉協議会)のご紹介、訪問看護事業の利用がある場合は、綿密に事業所と連携して支援しています。

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	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。	a
-----	--------------------------------------	---

【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>

利用者の判断を尊重するため、家族と連絡をとる際は本人の了解を得ています。家族への定期的な報告は、暫定支給期間(開始から2ヶ月)後の家族への連絡や、毎年3月に実施している契約更新面談の機会を通じて行っています。家族からの相談には、随時対応して、不安や困りごとの解決に向けた助言を行っています。さらに年1回、現利用者・就労者のご家族を対象に「家族セミナー」を開催しています。前年度の事業報告を行うとともに、ご家族同士が交流できるよう、グループワーク形式で情報交換を行い懇親を深めています。利用者の体調不良時には、上席者に確認しながら対応しています。体調不良時の家族への報告・連絡の手順に沿って対応しています。

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
-----	--	-----

【判断基準】

- a) 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。
- b) 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が、十分ではない。
- c) 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ない。
 - ア 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。
 - イ 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等を組み合わせながら実施している。
 - ウ 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。
 - エ 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。

<コメント>
 障害児施設ではないため、非該当です。

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>
 事業所は就労移行支援の施設として、利用者一人ひとりの働く力や可能性を引き出す取組や工夫を行い、利用者の意向・適性に合った就労支援に取り組んでいます。利用開始後、3ヶ月間程度は社会生活や事業所に慣れることを大事にしています。日々利用者のプログラムへの取組状況をアセスメントし、一人ひとり個別の就労支援を行っています。アセスメントシートには、プログラムの結果に基づき職業適性グラフや、強み・弱みを記載しています。働くためのマナー、報連相、電話応対等は講習やグループワーク等で実施し、働く意欲を高めるために卒業生の就労動画を見たり、職場訪問等も実施し就労意欲を盛り上げています。年1回模擬面接会も実施し、履歴書の書き方、職務経歴書の書き方等の講習も実施しています。就職して卒業する最終日に「修了式」を実施し、卒業する利用者は仕事内容や、現役利用者へのメッセージを述べています。

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。	b
---	---

【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、利用者で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。

<コメント>

事業所では利用開始にあたり、すべてのプログラムを体験できるよう職員がスケジュールを決めて提示しています。各種の訓練を体験する中で得手・不得手や職業適性をアセスメントし、一人ひとりの障害状況に合わせてプログラム内容を決めています。労働安全衛生に関する配慮として、作業棚の転倒防止対策、道具の整理整頓、毎日の清掃および消毒作業が挙げられます。事業所は広く明るく、静かで落ち着いた空間となっています。工賃の支払いは基本的にはありません。

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 就労後の利用者与企业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。

<コメント>

職場開拓と就職活動の支援、定着支援等の取組に優れ、様々な工夫を行っています。これまで多くの卒業生を送り出して来ましたが、卒業生の職場定着率はとびぬけて高く、多くの就職先企業にも喜ばれています。就労定着支援員は就労支援センターやハローワーク等と連携し、新規の企業の見学や説明会に参加して、常に最新の情報を得るように取り組んでいます。マッチング度を高められるように利用者・企業双方へのアセスメントを行っています。また、ミスマッチが起きないよう企業には出来るだけ採用前の実習を依頼しています。就労後は毎月1回以上の職場訪問や電話等で相談を受け付け、必要な支援を行っています。



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

Mail:hyouka@fieldsshonan.jp