

## 総合評価

|       |                              |      |                  |
|-------|------------------------------|------|------------------|
| 受診施設名 | 峰山共同作業所                      | 施設種別 | 就労継続B型、生活介護 就労移行 |
| 評価機関名 | 特定非営利活動法人 きょうと福祉ネットワーク「一期一会」 |      |                  |

平成28年4月11日

|     |  |
|-----|--|
| 総 評 | <p>峰山共同作業所は、共同作業所という名称を残しながら、定員40名の多機能型事業所(就労継続B型事業所、就労移行、生活介護)として事業を運営されています。1975年6月に京都府内で2番目の作業所として旧職業安定所を無償で借りて開始され、2015年で設立40年を迎えました。その後、2008年の障害者自立支援法による事業移行に伴い社会福祉法人よさのうみ福祉会の運営事業所となり、これまで丹後圏域で障害者福祉発展の一翼を担ってこられました。</p> <p>法人としては、2012年3月に「よさのうみ福祉会のめざすもの」を制定し、その実現をはかるため中長期計画を策定しました。その策定過程においては利用者や家族の声も聴きとり、イラスト化した「夢ビジョン」及び「めざす職員像」を作成してきました。</p> <p>活動内容としては、年間600万円ほどの売上があるクッキー作業をはじめ、弁当、縫製、クラフト、木工の5つの作業班に分かれ、利用者に合わせた作業づくりなど利用者の主体性を大切に支援が行われていました。また、自主製品を通じて地域とつながっていくことを目指しておられ、地域のショッピングセンターに他法人と協働で店舗を構えておられました。就労支援事業所ではありませんが、利用者のニーズから洗濯場や入浴設備を作り、一人ひとりの利用者の生活支援も行っていました。</p> <p>利用者の自治会が組織化されており、定期的に懇談会などの機会を持ち、要望などに真摯に向き合い改善なども行われています。これらの仲間と職員の対等で適度の距離を置いた関係を大事にし、仲間を一人の尊厳ある人として対応する支援は、理念を具体化された実践であり高く評価できます。</p> <p>また、職員の教育・研修計画が策定されており、めざす職員像をもとに個々の職員にチャレンジシートを記入してもらい管理者が面談を行うなど職員の質の向上に向けた仕組みが整備されていました。</p> <p>ワークライフバランス認証や京都市はあとふる企業認証を取得し、メンタルヘルスの取り組みなど職員が働きやすい職場作りにも努めておられました。</p> <p>一方で、改善が望まれる点及びB評価となった項目について確認いただき検討されてはいかがでしょうか。</p> <p>今後、ますます北部地域の障害者福祉の拠点として役割を果たされることとあわせて、京都府における福祉サービスの創造の推進役としても発展していかれることを期待します。</p> |
|-----|--|

|                      |   |
|----------------------|---|
| <p>特に良かった点(※)</p>    | <p><b>I-2-(1)事業計画の策定について</b><br/>         法人内に策定委員会を設置して、前期2カ年、後期3カ年の法人5カ年計画(2013年～2018年)が策定されていました。<br/>         単年度事業計画の策定についても年度末の総括会議において次年度の計画を検討するなど組織的に行われていました。また、計画の策定にあたっては利用率などの数値目標が具体的に示されており、毎月の職員会議において進捗状況が確認されていました。<br/>         職員への周知とあわせて、自治会や家族会にて、現状報告とともに、事業計画や今後の方向性について簡潔にまとめた資料を用意して説明がなされていました。</p> <p><b>II-2-(3)職員の質の向上に向けた体制が確立されている。</b><br/>         職員の教育・研修に関する基本姿勢が、中期計画等において明文化されているとともに、それをふまえ「めざす職員像」を策定されていました。また、法人内に教育研修委員会が設置されており、計画的に階層別の研修が実施されていました。職員一人ひとりに対してもチャレンジシートをもとにした研修等の実施、個人ごとの研修カードが作成されていました。</p> <p><b>III-3-(1)障害のある本人のニーズ充足に努めている。</b><br/>         利用者の自治会活動が積極的に行われていました。必要に応じて職員が自治会に参加するなど、ニーズ把握に努めていました。<br/>         年1回行われる要求懇談会やアンケートでの聞き取りが行われていました。要求懇談会ではバス会社の方を呼んで、地域のバス会社のサービスについて要望を伝えたこともあったとのことでした。<br/>         また、自治会担当者を設置して、自治会で出された要望に応じて、戸の開け閉めのことやトイレの環境改善、作業活動や給食メニューの要望など、利用者の声を聞いて改善を図ったケースがあることも確認しました。</p> |
| <p>特に改善が望まれる点(※)</p> | <p><b>II-4-(1)障害のある本人の安全を確保するための取り組みが行われている。</b><br/>         感染症が発生した際の対応等を含めた緊急時マニュアルや緊急時対応のフロー図が整備されていました。また、今年度に法人内にリスクマネジメント委員会を立ち上げ、取り組んでいますが、一方で緊急時における利用者の状態を的確に伝えるための個々の健康管理票の作成がされていませんでした。<br/>         災害時の安全確保のための取り組みとしては、防火管理者の設置や定期的な避難訓練が実施されていました。また、地域の災害想定をするとともに、建物の耐震状況や設備についても把握されていました。<br/>         しかし、本人の退出・外泊・帰宅時での災害事故についての安否等の連絡方法や支援体制が策定されていませんでした。</p> <p><b>II-5-(1)③ボランティア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><br/>         オカリナの演奏や水墨画の先生など、専門技術を持った方のボランティアを受け入れていました。受入れに当たっては、障害を持っている方のことを事業所外で話したりしないよう念入りに説明するなど、その姿勢は各職員にも説明し、クラブ活動等でのボランティア受け入れに際しては協議をしておられました。しかし、ボランティアの受け入れマニュアルの整備がされていませんでした。</p> <p><b>III-4-(1)サービスの一定の水準を確保する為の実施方法が確立されている。</b><br/>         サービス提供の一定水準を確保するための研修等が行われていました。また、作業マニュアルなど個別のマニュアルは作成されていましたが、サービス提供の一定水準を確保するためのマニュアルの整備ができていませんでした。あわせて、サービス提供の一定水準を確保するためのマニュアルが整備できていないため、見直しも実施できていませんでした。</p>                    |

※それぞれ内容を3点程度に絞って掲載しています。評価項目毎のコメントは「評価結果対比シート」の「自由記述欄」に記載しています。

# 京都府福祉サービス等第三者評価事業

[様式9-2]

---

## 【障害事業所版】

# 評価結果対比シート

---

|       |                                 |
|-------|---------------------------------|
| 受診施設名 | 峰山共同作業所                         |
| 施設種別  | 就労移行・就労継続B型・生活介護                |
| 評価機関名 | 特定非営利活動法人<br>きょうと福祉ネットワーク「一期一会」 |
| 訪問調査日 | 2016年2月5日                       |

## I 福祉サービスの基本方針と組織

| 評価分類                  | 評価項目   | 評価細目  | 評価結果 |       |
|-----------------------|--|---|------|-------|
|                       |  |   | 自己評価 | 第三者評価 |
| I-1<br>理念・基本方針        | I-1-1<br>理念、基本方針が確立されている。  | ① 理念が明文化されている。  | A    | A     |
|                       |  | ② 理念に基づく基本方針が明文化されている。                                | A    | A     |
|                       | I-1-2<br>理念、基本方針が周知されている。  | ① 理念や基本方針が役員及び職員に周知されている。                             | A    | A     |
|                       |  | ② 理念や基本方針が障害のある本人(家族・成年後見人等含む)に周知されている。               | B    | B     |
| I-2<br>計画の策定          | I-2-1<br>事業計画の策定について   | ① 各年度計画を策定するための基礎となる中期(概ね3年)もしくは長期(概ね5年以上)計画が策定されている。 | A    | A     |
|                       |  | ② 事業計画の策定が組織的に行われている。                                 | B    | A     |
|                       |  | ③ 事業計画が職員に周知されている。                                    | B    | A     |
|                       |  | ④ 事業計画が障害のある本人(家族・成年後見人等含む)に周知されている。                  | C    | A     |
| I-3<br>管理者の責任とリーダーシップ | I-3-1<br>管理者の責任が明確にされている。  | ① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。                           | B    | A     |
|                       |  | ② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。                      | B    | B     |
|                       | I-3-2<br>管理者のリーダーシップが発揮されている。  | ① 質の向上に意欲を持ちその取り組みにリーダーシップを発揮している。                    | A    | A     |
|                       |  | ② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みにリーダーシップを発揮している。                | A    | A     |
| <b>[自由記述欄]</b>        |  |   |      |       |
| I-1-1(1)              | ①「法人がめざすもの」がホームページや機関誌等に記載されているとともに、事業所内に掲示されている。<br>②「法人がめざすもの」に基づき、より具体化した重点方針が毎年作成されている。  |   |      |       |
| I-1-1(2)              | ①中期計画策定時に法人全職員を対象に理念にかかる学習会を行っている。年に1回開催される方針会議で説明し周知がなされている。<br>②法人理念とともに、利用者の思いや意見を聞き取り、夢ビジョンという形にしている。夢ビジョンを明文化しただけではなく、イラスト化し、食堂や利用者の集まるスペースに掲示されている。また、利用者の自治会や家族会において説明している。しかし、周知状況の確認や継続的な取り組みは不十分と考えている。  |   |      |       |
| I-2-1(1)              | ①前期2カ年、後期3カ年として、法人の5カ年計画(2013年～2018年)が策定されている。中長期計画は管理者会議等で見直しが行われている。また、毎月の職員会議において事業計画の進捗状況が確認されている。<br>②年度末の総括会議において次年度の計画を検討するなど事業計画が組織的に策定されている。また、利用率などが数値化され、状況を把握するとともに職員に周知している。<br>③事業計画は方針会議にて資料を用いて説明がなされている。また、利用率などが数値化され、状況を把握するとともに職員に周知している。<br>④自治会や家族会にて、現状報告とともに、事業計画や今後の方向性について簡潔にまとめた資料を用意し説明がなされている。家族会議事録で確認をした。 |   |      |       |
| I-3-1(1)              | ①職員会議で「法人組織運営及び役割分担」をもとに説明がなされている。また、「めざす職員像」に管理者のめざすものが明文化されている。峰山作業所通信にて管理者の役割、責任が表明されている。<br>②管理者は行政等の開催する研修会や勉強会に参加して情報収集を行っているが、関係法令のリスト化ができていない。   |   |      |       |
| I-3-1(2)              | ①職員会議にはすべて管理者が参加し、事業方針等を周知するとともに、各職員の意見を聞き取るとともに、サービスの質の向上に努めている。<br>②管理者会議にて事業所の収支や利用者の利用率の状況報告や改善案について論議がなされている。その内容は法人内他事業所の状況等も含めて事業所職員会議にて報告がなされている。  |   |      |       |

## II 組織の運営管理

| 評価分類   | 評価項目   | 評価細目   | 評価結果 |       |
|--|--|--|------|-------|
|  |  |  | 自己評価 | 第三者評価 |
| II-1<br>経営状況の把握                                      | II-1-(1)<br>経営環境の変化等に適切に対応している。  | ① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。                          | A    | A     |
|  |  | ② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見し、改善を行っている。                   | B    | A     |
| II-2<br>人材の確保・養成                                     | II-2-(1)<br>人事管理の体制が整備されている。   | ① 必要な人材に関する具体的なプランが確立し、職員のやる気向上に取り組んでいる。           | A    | A     |
|  |  | ② 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。             | B    | A     |
|  | II-2-(2)<br>職員の就業状況に配慮がなされている。   | ① 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。             | B    | A     |
|  |  | ② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。                       | A    | A     |
|  |  | ③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行なっている。                    | B    | A     |
|  | II-2-(3)<br>職員の質の向上に向けた体制が確立されている。   | ① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。                        | A    | A     |
| ② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取り組みが行われている。 |  | B  | A    |       |
| ③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行なっている。                      |  | B  | A    |       |
| II-2-(4)<br>実習生の受け入れが適切に行なわれている。                     | ① 社会福祉に関する資格取得のための実習生の受け入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取り組みをしている。   | B  | A    |       |
| II-3<br>個人情報の保護                                      | II-3-(1)<br>障害のある本人等の個人情報を「個人情報保護法」に基づき適切に管理している。  | ① 障害のある本人等の個人情報を「個人情報保護法」に基づき適切に管理している。            | A    | A     |
| II-4<br>安全管理   | II-4-(1)<br>障害のある本人の安全を確保するための取り組みが行なわれている。  | ① 緊急時(事故、感染症の発生時など)における障害のある本人の安全確保のための体制が整備されている。 | B    | B     |
|  |  | ② 災害時に対する障害のある本人の安全確保のための取り組みを行っている。               | B    | B     |
|  |  | ③ 障害のある本人の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。                | B    | A     |
| II-5<br>地域や家族との交流と連携                                 | II-5-(1)<br>地域との関係が適切に確保されている。   | ① 障害のある本人と地域とのかかわりを大切にしている。                        | B    | A     |
|  |  | ② 地域の福祉ニーズを把握し、事業所が有する機能を地域に還元している。                | B    | A     |
|  |  | ③ ボランティア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。                 | C    | B     |
|  | II-5-(2)<br>関係機関との連携が確保されている。  | ① 障害のある本人を支援するため、必要な社会資源や関係機関を明確にして連携している。         | B    | A     |
|  |  | ② 家族との定期的な連携・交流の機会を確保している。                         | A    | A     |
| <b>[自由記述欄]</b>                                       |  |  |      |       |
| II-1-(1)   | <p>①管理者が定期的に「きょうされん」をはじめとする様々な会議に出席し、情報収集に努めている。また、法人本部から毎日、種々の情報が送られてきている。送られてきた情報は現場職員にも周知するとともに、重要な情報については管理者が要約版を作成し、職員に配布している。夢ビジョン作成の過程において利用者への聞き取りを行い、暮らしへのニーズなどを後期3カ年計画に反映している。</p> <p>②法人内に財政問題検討委員会を設置し、そこで出された健全な事業運営を継続するための数値目標をクリアするために工夫を考えている。法人に公認会計士が入っている。</p>               |  |      |       |
| II-2-(1)   | <p>①法人として「京都府人材認証」「京都はあとふる企業」「ワークライフバランス認証企業」の認証を受けている。「めざす職員像」を作成し、各職員の職種や職階に合わせた求められる役割、責任が明確化され、周知されている。</p>  |  |      |       |
| II-2-(2)   | <p>①有給休暇や時間外労働のデータを法人事務局で把握している。組合が組織されており、事業所との交渉が行われている。「めざす職員像」をもとに全ての職員にチャレンジシートを作成してもらい、年に2回、管理者における面談を行っている。</p> <p>②京都府民間福祉施設職員共済会に加入しているとともに法人内に福利厚生部がある。厚生労働省の「ストレスチェック実施プログラム」にてチェックをしている。次年度より精神保健福祉士によるカウンセリングが受けられる仕組みを整備している。法人内の看護師で構成された看護部が窓口となり、適切な相談及び医療機関につないでもらうことができる。</p> |  |      |       |

|          |  |
|----------|--|
| II-2-(3) | <p>①中期計画において基本姿勢が明文化されている。また、「めざす職員像」を策定するとともに、年度ごとに教育研修実施計画を策定し、計画に沿った研修を実施している。</p> <p>②法人内に教育研修委員会が設置されており、計画的に階層別の研修を実施している。職員一人ひとりに対してもチャレンジシートをもとに研修等が行われている。</p> <p>③教育研修委員会が設置されており、研修報告のとりまとめや法人内部研修の内容のアンケート聴き取りを通して、研修計画の策定に活かしている。個人ごとに研修カードが作成されている。</p>  |
| II-2-(4) | <p>①マニュアルおよび受け入れ体制が整備されている。社会福祉士の実習については法人として受け入れ、法人内の複数の事業所で実習をすることで障害者福祉が総合的に学べる仕組みを作っている。心の健康推進委員の実習を受けて入れている。</p>  |
| II-3-(1) | <p>①法人として規程が整備されている。個人情報の保護については、職員、アルバイト、実習生、ボランティアに関係なく、管理者が直接説明し、誓約書を取り交わしている。</p>  |
| II-4-(1) | <p>①感染症が発生した際の対応等を含めた緊急時マニュアルや緊急時対応のフロー図が整備されている。今年度に法人内にリスクマネジメント委員会を立ち上げ、主任が担当者として参加している。ひとりひとりの利用者の健康管理表の整備が不十分である。</p> <p>②防火管理者の設置や定期的な避難訓練が実施されている。また、地域の災害想定をするとともに、建物の耐震状況や設備についても把握されている。しかし、本人の退出・外泊・帰宅時での災害事故についての対応体制が策定されていない。</p> <p>③法人リスクマネジメント委員会にて各事業所におけるヒヤリハット事例の収集と検討、分析がなされている。その結果に基づき、具体的な事例を用いた「交通安全セミナー」を実施している。</p> |
| II-5-(1) | <p>①地域の住民や団体と良好な関係を築いている。事業所内に店舗的スペースを設けて日常的に地域とのかかわりが持てるようにしている。買い物などのニーズがあれば職員体制の許す限り対応している。「きょうされん」のなかまの意見交流会にて地域の事業所自治会の利用者が集まり、様々な意見交換や交流が行われている。</p> <p>②法人内相談支援事業所との密な連携の中でニーズの把握が行われている。福祉啓発等の人権学習について地元中学校に出講している。</p> <p>③オカリナの演奏や水墨画の先生など、専門技術を持った方のボランティアを受け入れている。地域の方をボランティアとして受け入れることが多く、基本姿勢など説明しているが、受け入れマニュアルが未整備である。</p>     |
| II-5-(2) | <p>①地域の他団体や他機関、法人内の他機関と密な連携が行われており、相談支援機関とも連携しながら利用者に対して、適切な情報提供ができるようにしている。利用者のニーズに合わせて、地域の他機関との並行利用も行われている。他機関の連絡先は事業所の電話の短縮リストに登録されており、日常的に連絡が取れるようになっている。</p> <p>②家族のニーズや要望にあわせて、最低でも年に1回は家庭訪問を実施している。また、親の会が組織化されており、交流を深めている。</p>  |

### Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

| 評価分類                      | 評価項目   | 評価細目  | 評価結果 |       |
|---------------------------|--|---|------|-------|
|                           |  |   | 自己評価 | 第三者評価 |
| Ⅲ-1<br>サービス開始・継続          | Ⅲ-1-(1)<br>サービス提供の開始が適切に行なわれている。   | ① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。                     | A    | A     |
|                           |  | ② サービスの提供を始めるにあたり障害のある本人等(家族・成年後見人等を含む)に説明し同意を得ている。 | A    | A     |
|                           | Ⅲ-1-(2)<br>サービスの継続性に配慮した対応が行なわれている。  | ① 支援内容の変更や暮らしの場の変更にあたり生活の継続性に配慮した対応を行っている。          | B    | B     |
| Ⅲ-2<br>個別支援計画の作成とサービス提供手順 | Ⅲ-2-(1)<br>障害のある本人のアセスメントが行なわれている。   | ① アセスメントとニーズの把握を行っている。                              | A    | A     |
|                           | Ⅲ-2-(2)<br>障害のある本人に対する個別支援計画の作成が行われている。  | ① 個別支援計画を適正に作成している。                                 | A    | A     |
|                           | Ⅲ-2-(3)<br>個別支援計画のモニタリング(評価)が適切に行われている。  | ① 定期的に個別支援計画のモニタリング(評価)を適切に行っている。                   | B    | B     |
|                           | Ⅲ-2-(4)<br>サービス実施の記録が適切に行なわれている。   | ① 障害のある本人に関するサービス実施状況の記録が適切に行なわれている。                | B    | B     |
|                           |  | ② 障害のある本人に関する記録の管理体制が確立している。                        | B    | B     |
|                           |  | ③ 障害のある本人の状況等に関する情報を職員間で共有化している。                    | A    | A     |
| Ⅲ-3<br>障害のある本人本位の福祉サービス   | Ⅲ-3-(1)<br>障害のある本人ニーズの充足に努めている。  | ① 障害のある本人ニーズの把握を意図した仕組みを整備している。                     | A    | A     |
|                           |  | ② 障害のある本人ニーズの充足に向けた取り組みを行なっている。                     | A    | A     |
|                           | Ⅲ-3-(2)<br>障害のある本人が意見等を述べやすい体制が確保されている。  | ① 障害のある本人(家族・成年後見人等含む)が相談や意見を述べやすい環境を整備している。        | B    | A     |
|                           |  | ② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。                        | A    | A     |
|                           |  | ③ 障害のある本人(家族・成年後見人等含む)からの意見等に対して迅速に対応している。          | B    | B     |
|                           |  |   |      |       |
| Ⅲ-4<br>サービスの確保            | Ⅲ-4-(1)<br>サービスの一定の水準を確保する為の実施方法が確立されている。  | ① 提供するサービスについて一定の水準を確保する為の実施方法が文書化されサービス提供されている。    | B    | B     |
|                           |  | ② 一定の水準を確保する為の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    | B     |
|                           | Ⅲ-4-(2)<br>質の向上に向けた取り組みが組織的に行なわれている。   | ① サービス内容について定期的に評価を行なう体制を整備している。                    | B    | A     |
|                           |  | ② 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。  | A    | A     |
| <b>[自由記述欄]</b>            |  |   |      |       |
| Ⅲ-1-(1)                   | ①ホームページやリーフレットを使用して、事業所の活動を案内している。また、丹後地域の自立支援協議会で福祉事業所マップを作成している。見学や体験利用を積極的に受け入れ、サービス利用につながったケースも多い。(今年度より京丹後市主催の支援学校卒業生向けの事業者説明会が開催され、参加予定。)<br>②重要事項説明書、契約書を整え、説明をするとともに同意を得ている。日常生活自立支援事業を利用している利用者もおられる。 |   |      |       |
| Ⅲ-1-(2)                   | ①他機関への引き継ぎは適切に行われているが、引き継ぎ手順を定めたマニュアルや情報提供に必要な様式等が整えられていない。  |   |      |       |
| Ⅲ-2-(1)                   | ①定められた様式を使用して計画的なアセスメントが行われ、利用者一人ひとりのニーズが明記されている。  |   |      |       |
| Ⅲ-2-(2)                   | ①計画相談の内容を基にして個別支援計画が策定されている。策定された計画について本人へ説明をし、同意を得ている。ケース会議等で支援計画の内容について、複数の職員での検討が行われている。  |   |      |       |
| Ⅲ-2-(3)                   | ①利用されている事業種別にあわせた期間にてモニタリングを実施し、必要な場合には随時モニタリングや再アセスメントを実施している。  |   |      |       |

|         |   |
|---------|---|
| Ⅲ-2-(4) | <p>①日々の記録はパソコンに入力し、管理している。記録の書き方について2年前に研修を実施したが、それ以来実施できていない。</p> <p>②記録は定められた保管庫にて管理されている。個人情報保護の視点から記録の管理について新任研修にて説明がなされているが、それ以外の機会での研修がなされていない。</p> <p>③毎朝の各班で行う朝礼で必要な情報共有がなされている。また、日誌を通じた情報共有がなされている。</p>                         |
| Ⅲ-3-(1) | <p>①利用者の自治会活動が積極的に行われている。必要に応じて管理者が自治会に参加し、ニーズ把握に努めている。年1回行われる要求懇談会やアンケートでの聞き取りが行われている。要求懇談会ではバス会社の方を呼んで、地域のバス会社のサービスについて要望を伝えたこともあった。</p> <p>②自治会担当者を設置し、自治会で出された要望に応じている。戸の開け閉めのことやトイレの環境改善、作業活動や給食メニューの要望など、利用者の声を聞いて改善を図ったケースがある。</p> |
| Ⅲ-3-(2) | <p>①相談室が用意されている。利用者の要望に応じて、随時相談を受け付けている。また、苦情解決の第三者委員が事業所を訪れられることがあり、その際に相談を持ちかけられるケースもある。利用者全員の一斉匿名アンケートも実施している。</p> <p>②苦情解決の体制が整備されている。重要事項説明書に明記され、事業所内に掲示されている。</p> <p>③苦情解決マニュアルが策定されているが、見直しが行われていない。</p>                          |
| Ⅲ-4-(1) | <p>①サービス提供の一定水準を確保するための研修等が行われている。作業マニュアルなど個別のマニュアルは作成されているが、サービス提供の一定水準を確保するためのマニュアルの整備ができていない。</p> <p>②サービス提供の一定水準を確保するためのマニュアルが整備できていないため、見直しも実施できていない。</p>  |
| Ⅲ-4-(2) | <p>①自己点検表を用いて、年に一度自己評価を実施し、必要に応じて保健所などの意見を聞いている。</p> <p>②法人内の事業所が受診した第三者評価の結果を管理者会議、総括・方針会議を通じて法人内全ての事業所で共有し、全事業所の業務やサービスの改善につなげている。</p>  |



#### IV 障害のある本人を尊重した日常生活支援

| 評価分類                       | 評価項目  | 評価細目  | 評価結果 |       |  |
|----------------------------|---|---|------|-------|--|
|                            |   |   | 自己評価 | 第三者評価 |  |
| IV-1<br>障害のある本人を尊重した日常生活支援 | IV-1-(1)<br>障害のある本人を尊重する取り組みがなされている。  | ① 障害のある本人を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取り組みを行っている。(プライバシーへの配慮)  | A    | A     |  |
|                            |   | ② コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。  | B    | A     |  |
|                            |   | ③ 障害のある本人の主体的な活動を尊重している。  | A    | A     |  |
| IV-2<br>日常生活支援             | IV-2-(1)<br>清潔・みだしなみ  | ① 【入浴】入浴について障害のある本人(家族・後見人等含む)の希望を尊重したサービスが提供されている。   | B    | A     |  |
|                            |   | ② 【衣服】衣服について障害のある本人(家族・後見人等含む)の希望を尊重したサービスが提供されている。   | A    | A     |  |
|                            |   | ③ 【理美容】理美容について障害のある本人(家族・後見人等含む)の希望を尊重した選択を支援している。  | A    | A     |  |
|                            | IV-2-(2)<br>健康  | ① 【睡眠】安眠できるように配慮している。   | A    | A     |  |
|                            |   | ② 【排泄】障害のある本人の状況に合わせた排泄環境を整えている。  | B    | A     |  |
|                            |   | ③ 【医療】障害のある本人の健康を維持する支援を行っている。  | A    | A     |  |
|                            | IV-2-(3)<br>食事  | ① 【食事】楽しい食事ができるような支援を行っている。   | B    | A     |  |
|                            | IV-2-(4)<br>日中活動・はたらくことの支援  | ① 障害のある本人の意思を尊重した日中の活動の取り組みを行っている。  | A    | A     |  |
|                            | IV-2-(5)<br>日常生活への支援  | ① 障害のある本人の意思を尊重した日中の活動の取り組みを行っている。  | A    | A     |  |
|                            |   | ② 事業所の外での活動や行動について障害のある本人の思いを尊重した取り組みを行っている。  | B    | A     |  |
|                            | IV-2-(6)<br>余暇・レクリエーション   | ① 障害のある本人の意思を尊重し、日常生活が楽しく快適になるような余暇、レクリエーションの取り組みを行っている。  | A    | A     |  |
|                            | <b>[自由記述欄]</b>  |   |      |       |  |
|                            | IV-1-(1)  | <p>①毎年、法人職員研修にて虐待防止についての学習会を実施している。同性介助を徹底している。</p> <p>②利用者の特性に合わせて、絵やイラストを使ったコミュニケーションを図るなどの工夫が行われている。家族等からの情報も得ながら、利用者にとって最善のコミュニケーションをとれるように配慮している。</p> <p>③自治会が定期的開催されている。「きょうされん」の意見交流会があり、他事業所との交流も行われている。必要に応じて管理者が自治会に出席し、協議を行っている。</p> |      |       |  |
| IV-2-(1)                   | <p>①入浴設備はなかったが、自宅では入浴できない、入浴習慣がないなど、入浴に関する個別ニーズに対応するため、浴室を事業所内に整備した。</p> <p>②自宅で洗濯が出来ない方がいるため、事業所内に洗濯機を複数台設置し、事業所で洗濯ができるようにしている。必要に応じて衣服の購入に同行している。</p> <p>③必要に応じて、理容院の紹介や同行を行っている。</p> |   |      |       |  |
| IV-2-(2)                   | <p>①日常の様子を見ながら睡眠状況の確認に心がけている。</p> <p>②利用者の排泄状況に気をかけながら、排泄に関する悩みや相談に応じている。</p> <p>③利用者の健康状態に応じて、健康的な夕食メニューを帰宅前に一緒に考えるなど、利用者の健康維持のための支援を行っている。必要に応じて利用者には、服薬管理も行っている。</p>                 |   |      |       |  |
| IV-2-(3)                   | <p>①毎年、嗜好調査を実施している。また、希望メニューの聞き取りやアンケート調査を実施している。嗜好に合わせた個別的な配慮も可能な限り行われている。</p>   |   |      |       |  |
| IV-2-(4)                   | <p>①毎年利用者の希望を聞き、利用者の適正も考慮した上で作業班の所属先を決めている。年3回のボーナス支給時には利用者の希望を聞いて、外食や買い物などの取り組みを実施し、はたらく意欲の向上につなげている。</p>  |   |      |       |  |
| IV-2-(5)                   | <p>①職員が買い物に同行するなど、個別に金銭の使用について学習できる機会を作っている。</p> <p>②花見や遠足、初詣、外食、カラオケ、買い物など、事業所が企画する行事や自治会が企画する行事が数多く実施されている。利用者には事業所の携帯電話番号をお伝えし、いつでも連絡ができるように配慮している。</p>                              |   |      |       |  |
| IV-2-(6)                   | <p>①自治会を中心に余暇活動に取り組んでいる。企画には利用者も参加している。</p>   |   |      |       |  |