

兵庫県福祉サービス第三者評価  
評価結果報告書

施設名 : キャリアサポートセンター姫路  
( 就労移行支援事業 )

評価実施期間 2018年9月10日 ~ 2019年3月31日

実地(訪問)調査日 2018年11月29日

2019年3月20日

特定非営利活動法人

はりま総合福祉評価センター



様式第1号

## 兵庫県福祉サービス第三者評価の結果

### ① 第三者評価機関名

特定非営利活動法人 はりま総合福祉評価センター

### ② 施設・事業所情報

|                               |                                |       |             |
|-------------------------------|--------------------------------|-------|-------------|
| 名称：キャリアサポートセンター姫路             | 種別：就労移行支援                      |       |             |
| 代表者氏名：川上 真一                   | 定員（利用人数）：                      | 12    | 名           |
| 所在地：兵庫県姫路市南駅前町82番地 南極ビル2階     |                                |       |             |
| TEL 079-282-6130              | ホームページ：http://workwakunet.com/ |       |             |
| 【施設・事業所の概要】                   |                                |       |             |
| 開設年月日：平成26年6月1日               |                                |       |             |
| 経営法人・設置主体（法人名）：一般社団法人わーくわくねっと |                                |       |             |
| 職員数                           | 常勤職員：                          | 4名    | 非常勤職員：3名    |
| 専門職員<br>※（ ）はうち非常勤職員を指す       | 管理者                            | 1名（1） | 職業指導員 2名（1） |
|                               | サービス管理責任者                      | 1名    | 就労支援員 2名（1） |
|                               | 生活支援員                          | 1名    |             |
| 施設・設備の概要                      | 事務室                            | 1室    | トイレ 2箇所     |
|                               | 訓練・作業室                         | 2室    | 炊事場 2箇所     |
|                               | 相談室                            | 1室    |             |

### ③ 理念・基本方針

#### 法人理念

- ・就労意欲のある精神障がい者等に対し、訓練と自己啓発を通じて就労に必要な知識・能力・社会性の向上を目指します。
- ・“就労支援は人生支援”との基本認識のもと、企業での職場実習などを通じて一人ひとりの適性に合った職場への就労並びに就職後の職場定着を支援します。
- ・地域の企業、医療、様々な関係機関などとの連携を強化するとともに、共生社会の実現に向けた情報発信、社会の理解を深める努力を継続して行きます。

### ④ 施設・事業所の特徴的な取組

実際に働く現場をよりイメージさせやすくするため軽作業を中心とした訓練を行っています。

3ヶ月程度、施設内で軽作業を中心とした訓練を行い、その後、スタッフ引率のもとグループ実習を3ヶ所程度経験してもらいます。

グループ実習を経験した後、自分の就きたい職種・興味のある職種で単独実習を行い、就労イメージを高めます。

利用1年を目途に求職活動を行っていき、職場事前実習・障害者トライアル雇用等を経て就労に繋げていきます。

⑤第三者評価の受審状況

|                   |                                         |
|-------------------|-----------------------------------------|
| 評価実施期間            | 平成30年8月28日（契約日）～<br>平成31年3月31日（評価結果確定日） |
| 受審回数<br>（前回の受審時期） | 初回                                      |

⑥総評

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>◇特に評価の高い点</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 理念・基本方針を明文化して職員に周知しており、事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に分析・評価され、それを基に経営課題を明確にして解決や改善に向けての取組が行われています。</li> <li>○ 中・長期的なビジョンを明確にした中・長期計画が策定されており、それを踏まえた単年度計画が具体的に策定され、達成状況の評価が可能な内容になっています。</li> <li>○ 平成30年4月1日に「キャリアパス」制度を設け、全職員に周知し、賃金アップの明確化や資格取得のための研修参加費用負担が行われています。</li> <li>○ 精神障害の特性を理解し、安定した気持ちで訓練に取り組める支援が行われています。</li> </ul> <p>.....</p> <p>◇改善を求められる点</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 事業計画は、利用者及びその家族に周知し、理解を促すための取組が望まれます。</li> <li>○ 理念・基本方針や事業計画を達成するために、必要な福祉人材や人員体制に関する基本的な考え方や方針を整備し、組織として具体的な計画を創り上げていくことが望まれます。</li> <li>○ 現在運用されている「キャリアパス」制度を一里塚として、組織として「期待する職員像」及び人事理念や人事基準の明確化を図り、目標管理制度の導入を検討していくことが望まれます。</li> <li>○ 相談や苦情の内容を整理し、福祉サービスが改善できる取り組みが望まれます。</li> <li>○ 就労に特化した取り組みのほかに、地域で生活を維持するために地域の情報提供や、医療に関する丁寧な取り組みなどの検討が望まれます。</li> </ul> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

|                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>事業所開設5年目の節目として初めて第三者評価を受審させていただき、現状と課題を認識するよい機会となりました。</p> <p>改善が求められるとの評価を頂いた項目については、重点的に改善を行いサービス向上に努めていきたいと思っております。</p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

⑧各評価項目に係る第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

(別紙)

## 第三者評価結果

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

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

### 評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

#### I-1 理念・基本方針

|                                                                                                                                      |                                   | 第三者評価結果 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------|
| I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。                                                                                                          |                                   |         |
| ①                                                                                                                                    | I-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。 | b       |
| <コメント><br>○ 理念・基本方針が明文化され、職員には理念・基本方針の周知状況を1年に一度確認し、理念・基本方針に沿った工夫を重ねておられます。<br>○ 今後は、理念や基本方針を利用者、利用者家族、一般市民の視点でわかりやすい文章にされることが望まれます。 |                                   |         |

#### I-2 経営状況の把握

|                                                                                                                               |                                           | 第三者評価結果 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------|
| I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。                                                                                                   |                                           |         |
| ②                                                                                                                             | I-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。 | a       |
| <コメント><br>○ 姫路市地域福祉計画や平成30年度第1回姫路地区障害者雇用就業支援ネットワーク会議を通じて、社会福祉事業全体の動向、内容を把握されています。<br>○ 潜在的利用者に関するデーターをより明確なものにして活用する取組が望まれます。 |                                           |         |
| ③                                                                                                                             | I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。       | a       |
| <コメント><br>○ 施設の経営に関する具体的な課題や問題点が文書化され、理事会で話し合われています。また職員会議やミーティングにおいて職員に対しても周知されており、改善に向けた取組が行われています。                         |                                           |         |

#### I-3 事業計画の策定

|                                                                                                                                                                                         |                                       | 第三者評価結果 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------|
| I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。                                                                                                                                                         |                                       |         |
| ④                                                                                                                                                                                       | I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。 | b       |
| <コメント><br>○ 中・長期的なビジョンを明確にした第一次基盤整備計画(2016~2020)が策定されています。<br>○ 中・長期計画をもとに「就労定着支援サービス」の設置、「職員スキルアップのため、各種研修会への積極参加」などが行われています。<br>○ 今後は、中・長期計画の見直しを数値化し、改善点などを明確にされ、次のステップに向けた取組が望まれます。 |                                       |         |

|                                                                                                                                                                                       |                                                       |   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---|
| 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 |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 中・長期計画である第一次基盤整備計画を踏まえて単年度事業計画が具体的に策定されています。今年度は、「就労定着支援サービス」の開始、職員のスキルアップのための積極的な参加、卒業生に対する満足度調査の実施などが確実に行われています。</li> </ul>  |                                                       |   |
| I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。                                                                                                                                                              |                                                       |   |
| 6                                                                                                                                                                                     | I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員に理解されています。 | b |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 事業計画の策定において、職員のミーティング、二者面談(担当者と家族)が2回行われ、事業計画に反映されています。</li> <li>○ 今後は事業計画の実施状況の評価を定められた時期や手順に基づいて実施する仕組みづくりが望まれます。</li> </ul> |                                                       |   |
| 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。                   | c |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 事業計画について利用者や家族等へ一部周知されていますが、配布・掲示されていることを確認できませんでした。今後は利用者の参画の観点から分かりやすい周知が必要です。</li> </ul>                                    |                                                       |   |

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

|                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                      |         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|---------|
|                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                      | 第三者評価結果 |
| I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。                                                                                                                                                                                                                  |                                                      |         |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                   | I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。          | b       |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 現在の事業運営システム等が適正に機能していることの確認のため、福祉サービスの質の向上に関する取組として今回、第三者評価を受審されています。</li> <li>○ 今後、福祉サービスに関する評価や分析などを組織的に位置づけされる、PDCAサイクル(改善に向けたサイクル)を確立していくことが望まれます。</li> </ul>                            |                                                      |         |
| 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       |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 事業計画で取り込まれている状況を確認し、実施されていない項目は話し合いのもと、改善に向けた取組が行われています。</li> <li>○ 今後は、サービスの質について、今回の第三者評価や会議での検討等を通して、組織として取組むべき課題を明確にし、改善に向けた計画を策定することによって、PDCAサイクル(改善のためのサイクル)を確立していくことが重要です。</li> </ul> |                                                      |         |

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

|                                                                                                                                                                |                                              | 第三者評価結果 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------|
| Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。                                                                                                                                       |                                              |         |
| 10                                                                                                                                                             | Ⅱ-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。   | b       |
| <コメント><br>○ 管理者は広報誌「わーくわく第3号」で自らの事業に取り組む考え方を示すとともに「施設の運営規程」を職員全員に配布し、管理者としての役割と責任を明らかにされています。<br>○ 今後は、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ることが望まれます。 |                                              |         |
| 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。       | b       |
| <コメント><br>○ 管理者は自ら遵守すべき法令等に関する正しい理解に向けた取組を行っています。<br>○ 職員全員に対して遵守すべき法令等を周知し、遵守するための具体的な取組をされることが望まれます。                                                         |                                              |         |
| Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。                                                                                                                                   |                                              |         |
| 12                                                                                                                                                             | Ⅱ-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。 | b       |
| <コメント><br>○ 姫路市のセルフチェックの様式を使用して管理者自らチェックし職員の確認にむすびつけています。福祉サービスの質の向上のため課題を明確にし、職員と共に改善に向けたリーダーシップを発揮されることが望まれます。                                               |                                              |         |
| 13                                                                                                                                                             | Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮          | b       |
| <コメント><br>○ 収益の透明性のもと、収益が良好な場合には職員の賞与に反映されており、職員の事情を考慮して勤務時間の配慮が行われています。<br>○ 管理者として、経営や業務の効率化や改善を検討する組織体制を構築がしていくことが望まれます。                                    |                                              |         |

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

|                                                                       |                                                    | 第三者評価結果 |
|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------|
| Ⅱ-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。                                 |                                                    |         |
| 14                                                                    | Ⅱ-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。 | c       |
| <コメント><br>○ 事業計画を実現するために必要な福祉人材や人員体制について、組織として具体的な計画を検討していくことが求められます。 |                                                    |         |

|                                                                                                                                                                                                         |                                                            |   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---|
| 15                                                                                                                                                                                                      | II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。                                | b |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 平成30年4月より「キャリアパス」制度が実施されています。採用・昇格等に関する人事基準が明確になっています。</li> <li>○ 今後は、人事基準や「キャリアパス」に基づいて、職員評価の方法を明文化するなど、総合的な人事管理の仕組みを構築していくことが望まれます。</li> </ul> |                                                            |   |
| II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。                                                                                                                                                                             |                                                            |   |
| 16                                                                                                                                                                                                      | II-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。              | b |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 職員の就業状況や意向を把握され、働きやすい職場づくりへの取組が進んでいることがうかがえます。</li> <li>○ 今後は、更に組織の魅力を高める取組や働きやすい職場づくりへの取組が期待されます。</li> </ul>                                    |                                                            |   |
| II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。                                                                                                                                                                         |                                                            |   |
| 17                                                                                                                                                                                                      | II-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。                         | c |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 人材育成に向けた職員一人ひとりの目標管理を行う仕組みづくりを行っていくことが重要です。</li> </ul>                                                                                           |                                                            |   |
| 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。         | c |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 基本方針や事業計画に組織が必要とする「期待する職員像」を明示するまでには至っていません。今後は、職員の基本姿勢や求める意識が基本方針等に明示され、それを踏まえた研修計画を確立されることが望まれます。</li> </ul>                                   |                                                            |   |
| 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 |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 定期的に職員の資格取得状況を確認するとともに、職員一人ひとりについて教育・研修の機会が確保され、研修計画に基づいて教育・研修が実施されています。</li> </ul>                                                              |                                                            |   |
| 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。 | c |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 受け入れマニュアルを作成し、実習生の受け入れに対しての基本姿勢を明文化していくことが重要です。</li> </ul>                                                                                       |                                                            |   |



II-3 運営の透明性の確保

|                                                                                                     |                                             | 第三者評価結果 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------|
| II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。                                                                   |                                             |         |
| 21                                                                                                  | II-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。       | b       |
| <コメント><br>○ ホームページに施設の取組が詳しく公開されています。今後は地域の福祉向上の取組、第三者評価の受審、苦情・相談の体制や内容を更には改善・対応の状況を公表していくことが望まれます。 |                                             |         |
| 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。 | b       |
| <コメント><br>○ 定期的な内部監査が行われています。事務・経理・取引等に関する規定を定め、職務分掌と権限・責任を明確にしていくことが望まれます。                         |                                             |         |

II-4 地域との交流、地域貢献

|                                                                                                                                                                                                          |                                                         | 第三者評価結果 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------|
| II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。                                                                                                                                                                              |                                                         |         |
| 23                                                                                                                                                                                                       | II-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。                   | b       |
| <コメント><br>○ 地域との交流、貢献は理念にも明記され、社会資源や地域の情報の収集、公園の奉仕活動などの取組がうかがえます。<br>○ 今後は、利用者と地域との交流を広げる取組について、具体的に検討していくことが望まれます。                                                                                      |                                                         |         |
| 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。          | c       |
| <コメント><br>○ 今後は、ボランティアの受け入れに対する基本姿勢を明確にしていくことが望まれます。                                                                                                                                                     |                                                         |         |
| 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。 | b       |
| <コメント><br>○ 姫路市精神保健福祉連合会(ひめかれん)に加盟し、連携及び情報交換が図られており、「ひめかれん」からの情報は施設の職員と共有するようにされています。また、姫路市就労移行支援事業所連絡会に参加されて姫路市内の情報交換と連携を図り、障害者の一般就労促進と就労支援の充実に努めていることがうかがえます。<br>○ 今後は、連携先の社会資源をリスト化し、明確にしていくことが望まれます。 |                                                         |         |

|                                                                                                            |                                           |   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---|
| II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。                                                                              |                                           |   |
| 26                                                                                                         | II-4-(3)-① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。      | c |
| <コメント><br>○ 現時点では、施設が有する機能を地域に還元する取組までには至っていません。                                                           |                                           |   |
| 27                                                                                                         | II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。 | b |
| <コメント><br>○ ひきこもりの会やクリニック等からの相談により地域福祉ニーズの把握に努めています。<br>○ 今後は、把握した地域の福祉ニーズを、地域の福祉の向上に向けた取組につなげていくことが望まれます。 |                                           |   |

### 評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

#### Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

|                                                                                                                                                         |                                                           | 第三者評価結果 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------|
| Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。                                                                                                                             |                                                           |         |
| 28                                                                                                                                                      | Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。        | b       |
| <コメント><br>○ 職員倫理綱領に利用者支援にあたっての原則や職員の基本姿勢を定め、回覧を通して周知しています。<br>○ 今後は、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を明示し、組織内で共通の理解を持つための取組が望まれます。                             |                                                           |         |
| 29                                                                                                                                                      | Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。         | b       |
| <コメント><br>○ 利用者のプライバシーが守れるように設備の工夫が行われています。<br>○ 今後は、個室の空間を確保するなど利用者のプライバシー保護に関する規定などを作成するとともに周知する取組が望まれます。                                             |                                                           |         |
| 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       |
| <コメント><br>○ 体験は随時受けており、紙面を使った説明だけでは分かりにくい部分は動画を用い1時間から1時間半ほど時間をかけてゆっくりと説明されています。<br>○ 今後は、利用者や家族の意見などを必要に応じて聴取しながらパンフレットなどの内容を変更し、より良い内容を目指す取り組みに期待します。 |                                                           |         |
| 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       |
| <コメント><br>○ 利用者が理解できるのは、全体の1割から2割程度ということもあり理解しにくい点などは家族に説明し同意を得るよう取り組まれています。<br>○ 今後は、意思決定が困難な利用者には成年後見制度などの配慮していくことが望まれます。                             |                                                           |         |
| 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       |
| <コメント><br>○ 体調の悪化などにより事業所を変更する場合は、家族や相談支援事業所に新たに紹介する事業所と連携して利用者に不利益が生じない取組が行われています。<br>○ 今後は、利用変更時の手順書や引継書を定めることが望まれます。                                 |                                                           |         |

|                                                                                                              |                                                      |   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|---|
| Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。                                                                                      |                                                      |   |
| 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 |
| <コメント><br>○ 利用者とは、2週間に1度の面談をおこなっていますが、利用者の満足度を図るには至っていません。今後は、利用者の満足度を把握する仕組みを整備し、満足度の上昇に向けた取組が必要です。         |                                                      |   |
| 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。                                                                             |                                                      |   |
| 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 |
| <コメント><br>○ 苦情解決責任者の設置や第三者委員会の設置はされています。<br>○ 今後は、苦情解決の仕組みについて、利用者に周知する取組が望まれます。                             |                                                      |   |
| 35                                                                                                           | Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。         | b |
| <コメント><br>○ 相談場所や時間を配慮し、相談や意見を述べやすい工夫がされています。<br>○ 今後は、契約時に説明を行う以外に日常的に相談窓口を明確にし、利用者や家族に分かりやすく周知することが望まれます。  |                                                      |   |
| 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。            | b |
| <コメント><br>○ 相談を受けた際はその日のうちに職員間で共有し、対応の検討が行われています。<br>○ 今後は、福祉サービスの改善につながるよう意見や要望、提案への対応マニュアルを整備していくことが望まれます。 |                                                      |   |
| Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。                                                                    |                                                      |   |
| 37                                                                                                           | Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。  | b |
| <コメント><br>○ 利用者の安心と安全を脅かす事例が出た場合は、職員間で話し合い、対応策を出し共有されています。<br>○ 今後は、リスクマネジメントに関するマニュアルの整備していくことが必要です。        |                                                      |   |
| 38                                                                                                           | Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。 | b |
| <コメント><br>○ 汚物吐物の処理セットを事務所のロッカーに準備されています。<br>○ 今後は、感染症に関するマニュアルの見直しや、周知していく取組が望まれます。                         |                                                      |   |

|                                                                                                           |                                                |   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|---|
| 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<br>行っている。 | b |
| <コメント><br>○ 非常災害対策計画を地震や豪雨や火災などに分けて作成しており職員の役割も明記されて<br>います。<br>○ 今後は、企業での実習の際など実習先の安否確認の方法を定めておくことが望めます。 |                                                |   |

### Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

|                                                                                                                                        |                                                           | 第三者評価結果 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------|
| Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。                                                                                                    |                                                           |         |
| 40                                                                                                                                     | Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書<br>化され福祉サービスが提供されている。 | C       |
| <コメント><br>○ 就労支援にかかわる部分の標準的な実施方法を文書化し、それに基づいて、福祉サービスが<br>適切に実施されているか、確認できる仕組み作りが必要です。                                                  |                                                           |         |
| 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<br>る。               | C       |
| <コメント><br>○ 今後は、支援に関わる標準的な実施方法の文章化を行い定期的に見直す仕組みづくりが必要<br>です。                                                                           |                                                           |         |
| 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<br>いる。                | b       |
| <コメント><br>○ 個別支援計画に中・長期の目標（将来の夢・希望）や利用者のニーズを明示し、本人に同意<br>確認と支援計画の同意を得ています。<br>○ 今後は、利用者全体像を確認できるアセスメントの手法を確立し、適切なアセスメントを<br>行うことが望めます。 |                                                           |         |
| 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       |
| <コメント><br>○ 3か月に一度のモニタリングを通して本人と目標と話し合って課題の振り返りや、カンフ<br>ァレンスにおいて検見直しが行われています。<br>○ 今後は、個別支援計画を緊急に変更する場合の仕組み作りが望めます。                    |                                                           |         |
| Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。                                                                                                         |                                                           |         |
| 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<br>われ、職員間で共有化されている。   | b       |
| <コメント><br>○ 支援計画に基づいた支援を実施しており毎日の様子が記録されています。<br>○ 今後は、記録内容や書き方に差異が生じないように留意事項など周知できる取組が望めます。                                          |                                                           |         |

|                                                                                                                                                                                                 |                                  |   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|---|
| 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。 | b |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 利用者の記録に関する管理者を定め、個人情報の取り扱いに関して、契約締結時に説明を行い「個人情報使用同意書」を得られています。</li> <li>○ 今後は、利用者に関する記録について、個人情報保護の観点から、職員に対し教育や研修することが望まれます。</li> </ul> |                                  |   |

## 評価対象A 内容評価基準

### A-1 利用者の尊重と権利擁護

|                  |                                       | 第三者評価結果 |
|------------------|---------------------------------------|---------|
| A-1-(1) 自己決定の尊重  |                                       |         |
| A①               | A-1-(1)-① 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。 | b       |
| A-1-(2) 権利侵害の防止等 |                                       |         |
| A②               | A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。 | c       |

#### 特記事項

- 毎日記入する日報に就職に向けての自己決定をしていくことで自覚できるように工夫が行われています。
- 外部講師を招いて着こなしやメイク講座を開講しています。
- 厚生労働省からのガイドラインを周知されています。今後は、施設で虐待を発見した時の対応について規定していく必要があります。

### A-2 生活支援

|                     |                                                    | 第三者評価結果 |
|---------------------|----------------------------------------------------|---------|
| A-2-(1) 支援の基本       |                                                    |         |
| A③                  | A-2-(1)-① 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。                 | a       |
| 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。 | b       |
| A⑤                  | A-2-(1)-③ 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。           | b       |
| A⑥                  | A-2-(1)-④ 個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている。             | b       |
| A⑦                  | A-2-(1)-⑤ 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。                | b       |
| A-2-(2) 日常的な生活支援    |                                                    |         |
| A⑧                  | A-2-(2)-① 個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っている。               | a       |
| A-2-(3) 生活環境        |                                                    |         |
| A⑨                  | A-2-(3)-① 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。          | b       |
| A-2-(4) 機能訓練・生活訓練   |                                                    |         |
| 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       |
| A-2-(5) 健康管理・医療的な支援 |                                                    |         |
| 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。       | b       |
| 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     |

|                          |                                                    |   |
|--------------------------|----------------------------------------------------|---|
| A-2-(6) 社会参加、学習支援        |                                                    |   |
| 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。       | b |
| A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援 |                                                    |   |
| 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。 | b |
| A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援  |                                                    |   |
| 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。               | b |

特記事項

- 就労のために必要な自立に対する取組が行われています。
- コミュニケーション支援ではSST（社会生活訓練）などに取り組み、気持ちの伝え方の訓練が行われています。
- 利用者には週に1、2回、本人の良いところを評価し、話す機会を作り、利用者の意思を尊重する取り組みが行われています。
- 発達障害やジョブコーチの研修に参加し、基本特性を把握するように取り組まれています。
- 作業スペースと休憩スペースは分けられており、昼食の休憩時は、椅子やソファやパーテーションで仕切られたスペースなど、好きな場所で休憩が出来るよう整備されています。
- 医療機関受診の際、利用者が上手く伝えられない場合は病院に同行し、利用者の状態を医師に説明を行う支援が行われています。
- 家族への懇談は、半年に1回書面にて案内を行い、日程を調整し行われています。また必要に応じて電話連絡も行われています。
- 今後は、就労に関する取組だけでなく、地域で安心して生活するために必要な取組の充実が望まれます。



A-4 就労支援

|              |                                             | 第三者評価結果 |
|--------------|---------------------------------------------|---------|
| A-4-(1) 就労支援 |                                             |         |
| A⑰           | A-4-(1)-① 利用者の働く力や可能性を尊重した就労支援を行っている。       | a       |
| 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       |
| 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       |

特記事項

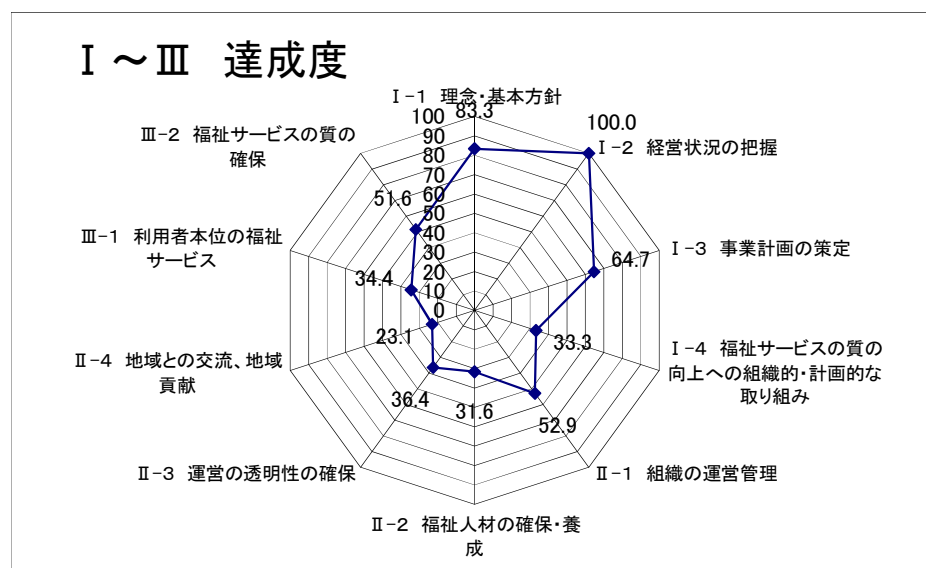
- 段階ごとや利用者の様子を見ながら面談や丁寧な説明を行い、本人の想いや希望を尊重した訓練や実習、事前職場実習が行われています。
- 定期的なハローワークへの訪問・合同面接会への参加、総合リハビリテーションでの実習、職業自立センターでの職能評価検査等、必要な連携を行い職場開拓が行われています。

(別紙2)

## 各評価項目に係る評価結果グラフ

### I～III 達成度

|                               | 判断基準 |     | 達成率(%) |
|-------------------------------|------|-----|--------|
|                               | 基準数  | 達成数 |        |
| I-1 理念・基本方針                   | 6    | 5   | 83.3   |
| I-2 経営状況の把握                   | 8    | 8   | 100.0  |
| I-3 事業計画の策定                   | 17   | 11  | 64.7   |
| I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取り組み | 9    | 3   | 33.3   |
| II-1 組織の運営管理                  | 17   | 9   | 52.9   |
| II-2 福祉人材の確保・養成               | 38   | 12  | 31.6   |
| II-3 運営の透明性の確保                | 11   | 4   | 36.4   |
| II-4 地域との交流、地域貢献              | 26   | 6   | 23.1   |
| III-1 利用者本位の福祉サービス            | 64   | 22  | 34.4   |
| III-2 福祉サービスの質の確保             | 31   | 16  | 51.6   |
|                               | 227  | 96  | 42.3   |



## A 達成度

|                        | 判断基準 |     | 達成率(%) |
|------------------------|------|-----|--------|
|                        | 基準数  | 達成数 |        |
| 1-(1) 自己決定の尊重          | 6    | 4   | 66.7   |
| 1-(2) 権利侵害の防止等         | 6    | 0   | 0.0    |
| 2-(1) 支援の基本            | 26   | 18  | 69.2   |
| 2-(2) 日常的な生活支援         | 2    | 2   | 100.0  |
| 2-(3) 生活環境             | 5    | 4   | 80.0   |
| 2-(4) 機能訓練・生活訓練        | 5    | 3   | 60.0   |
| 2-(5) 健康管理・医療的な支援      | 5    | 1   | 20.0   |
| 2-(6) 社会参加、学習支援        | 4    | 2   | 50.0   |
| 2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援 | 5    | 2   | 40.0   |
| 2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援  | 6    | 4   | 66.7   |
| 4-(1) 就労支援             | 16   | 14  | 87.5   |
|                        | 80   | 50  | 62.5   |

## A 達成度

