

(様式第2号)

## 福祉サービス第三者評価結果報告書

### ①第三者評価機関名

有限会社アウルメディカルサービス

### ②施設・事業所情報

|  |                                       |                         |
|--|---------------------------------------|-------------------------|
| 名称：きぼう                                   | 種別：就労継続支援A型                           |                         |
| 代表者氏名：竹之内 将夫                             | 定員（利用人数）： 20（37）名                     |                         |
| 所在地：岡山県岡山市北区青江5丁目17-27                   |                                       |                         |
| TEL：086-206-1992                         | ホームページ：https://i9xd6.crayonsite.info/ |                         |
| 【施設・事業所の概要】                              |                                       |                         |
| 開設年月日 平成 26 年 1 月 1 日                    |                                       |                         |
| 経営法人・設置主体（法人名等）：特定非営利活動法人 ホープ就労・生活支援センター |                                       |                         |
| 職員数                                      | 常勤職員： 4 名                             | 非常勤職員： 11 名             |
| 専門職員                                     | 管理者 1 名                               | (生活支援員) 1.5名(常勤換算)      |
|  | サービス管理責任者 1 名                         | 管理栄養士 0 名               |
|  | (医師：嘱託) 0名、(看護師) 4名                   |                         |
| 施設・設備の概要                                 | 居室0室<br>(個室0室・2人部屋0室・4人部屋0室)          | 訓練室兼多目的室 相談室 事務室<br>トイレ |
|  |                                       |                         |

### ③理念・基本方針

#### 【理念】

障がい者の自立を応援します。

#### 【基本方針】

障がい者が地域で安心して暮らし働くことを通して社会参加や自立を支援するとともに、障がいのある人・地域のみなさん・職員の笑顔を育む社会福祉事業を行います。

#### ④施設・事業所の特徴的な取組

きぼうでは主な作業として喫茶業務、お弁当業務、鉄板大判焼き業務、配達業務、施設外就労業務など様々な種類の仕事があり、利用者の特性等に配慮しながら働く楽しさや一般就労も目指せる環境を目指して取り組んでいる。

#### ⑤第三者評価の受審状況

|                |   |
|----------------|---|
| 評価実施期間         | 令和 6 年 2 月 8 日 (契約日) ~<br>令和 6 年 3 月 31 日 (評価結果確定日) |
| 受審回数 (前回の受審時期) | 1 回 ( 令和 年度)  |

#### ⑥総評

##### ◇特に評価が高い点

本体のNPO法人ホープは設立25年を迎え全国的にも生え抜きの法人であり、「きぼう」は設立から10年経過している。飲食業とタオルのたたみ作業を外部から請け負っている事業が主である。たたみ終えたタオルは老人施設やビジネスホテル等に納入され、「丁寧な仕上がり」と好評を得ている。飲食部門は、施設1階で「めでたい焼き」「当たりまんじゅう」「お好み焼き」等の鉄板焼きの店舗と弁当製造の厨房、2階で喫茶店「スペランツァ（イタリア語で「希望」）」を運営している。弁当はグループ事業所や他のA型事業所へ1日約100食を配達しているが、配達も運転可能な利用者が行い、事故は一度も起きていない。管理者は理念に基づいて障害者の自立支援のため、楽しく働ける職場作りを心掛けており、利用者の個性に配慮しながらコミュニケーションを大切にしている。一般就労は毎年2～4名ができていて、就労後も最低1年間はサポートしている。利用者から職員になった方もいて、利用者にとってまさに「きぼう」の持てる職場となっている。利用者は希望すれば他の部門への異動も可能で、風通しの良さを感じた。

##### ◇改善が求められる点

福祉サービスに関する専門職の育成は、マニュアル化を進めるよう取り組んでいくことを期待します。町内会等の地域交流にも注力して、身近なところから施設への理解を深めていく事をSNSの活用も含めて検討されてはどうか。また、ボランティアの受け入れ体制の確立に取り組む事も進めてみてはいかがでしょうか。利用者が意見を述べやすい環境となるよう、SNSの活用やアンケートの実施を行うことを期待します。BCP策定が4月から義務化されることに伴い、飲料水を中心とした非常食の備蓄を検討し準備されては如何でしょうか。

#### ⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

この度は沢山の評価やアドバイスありがとうございました。第三者評価を受ける事が初めてだった為少し緊張していましたが、穏やかな雰囲気の中こちらの話を聞いていただけた事がとても印象に残っています。  
評価ではどこが出来ていないかだけでなく、事例を元に弊社に合った具体的なアドバイスを沢山していただきとても参考になりました。いただいた意見を積極的に取り入れ実行していこうと思います。また職員一丸となって 楽しく働ける職場作り を心掛け取り組んで参りますので今後共宜しくお願い致します。

#### ⑧第三者評価結果 (別紙)

(別紙)

障害者・児施設

## 第三者評価結果

### 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。  |                         |         |
| 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。 | ○a・b・c  |
| <b>&lt;コメント&gt;</b><br><br>理念や基本方針は、ホームページやリーフレット等の広報媒体に記載している。職員に対しては、行動規範として経営計画に落とし込み、周知を図っている。理念は目につきやすい場所に掲示して、利用者への周知も行っている。理念は常に念頭に置き、日々業務に取り組んでいる。法人理念の唱和はしていないが、就労者のロッカー室に掲示している。 |                         |         |

#### 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。   |                                 |         |
| Ⅰ-2-(1)-①   | 事業経営を取り巻く環境と経営状況が的確に把握・分析されている。 | ○a・b・c  |
| <b>&lt;コメント&gt;</b><br><br>岡山市地域福祉計画と第6期岡山市障害福祉計画にて施策の動向を把握し、国の報酬改定に則しながら、経営の在り方を見直している。利用者や顧客アンケートを通じて情報収集や分析を行い、経営に活かしている。アンケートには高評価を得られた。利用者のアンケートを実施して動向を把握している。弁当配達時のメニュー表にコメント欄があり、グループ内事業所とA型事業所に配達している。また、コメントは献立作りに生かしている。 |                                 |         |
| Ⅰ-2-(1)-②   | 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。         | ○a・b・c  |
| <b>&lt;コメント&gt;</b><br><br>法人設立25周年を機に経営陣の刷新を図るとともに、組織編成を実施して、定款・就業規則等を見直した。積極的な再構築に取り組んでいる。  |                                 |         |

### 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。   |  |         |
| I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。   |  | ○a・b・c  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>国の基準が3年ごとに報酬改定にされるため、長期計画は立てにくいですが、3か年の中期計画により目標設定を行っている。また、単年度の進捗状況に応じて適宜見直しを行っている。</p>               |  |         |
| 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・○b・c  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>各事業所における単年度の事業計画は立案できていなかったが、令和5年度期中に着手を始めた。現在は令和6年度からの計画立案に向け準備を進めている。今後は、各事業所毎に計画を立案し、全事業所で話し合う。</p> |  |         |

|  |  |        |
|--|--|--------|
| I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。   |  |        |
| I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。  |  | a・○b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>スコアという目標に対して、日常的な業務改善をはじめとする真摯な取り組みや認識の共有を行っている。事業計画に基づくPDCAサイクルの仕組みは定着していなかったため、法人設立25周年を機に着手している。また、今後実施できるように現在企画中である。</p> |  |        |
| 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。  |  | a・○b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者には、職場全体の目標や個人の目標を朝礼や個別フォローで分かりやすく伝えている。結果として利用者のスキル向上や集中力、生産性に繋がりが、職場の目標達成(今後は事業計画の達成)に結びつくとこの観点で運営を行っている。</p>             |  |        |

## 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。  |  |         |
| I-4-(1)-①   | 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。          | a・(b)・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>半年ごとのアセスメント及び支援計画を起点に、職員や利用者の家族、福祉関係機関と連携して、課題解決を図るサイクルが構築されている。今回、第三者評価を受審して、次に向けて取り組めるように企画している。</p>   |  |         |
| I-4-(1)-②   | 評価結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。 | a・(b)・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービス管理者を中心に、職員間で課題の共有を図り、看護師を含む職員は積極的に取り組むマインドを有している。一方、個々の課題の背景にある職場環境や組織的課題についても法人や事業所間で協議・検討する風土があり、円滑な連携を図っている。また、管理者同士で話し合いの場もあり、全事業所同士でも話し合うようにしている。</p> |  |         |

## 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。  |                                  |         |
| Ⅱ-1-(1)-①   | 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。 | (a)・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者の役割と責任については、運営規程や重要事項説明書に明記していて、事業所内にも掲示している。事業所内では職員や利用者が気持ち良く、楽しく働けるような職場を作るために日々努力している。</p>              |                                  |         |
| 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)・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は、集団指導や研修会に積極的に参加して、各種法令の理解を深めている。職員に対しては、内部研修会や会議を通して、法令を遵守するように周知している。職員会議にて周知徹底している。また、会議の議事録も取っている。</p> |                                  |         |

|   |  |        |
|---|--|--------|
| Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。  |  |        |
| 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。  |  | ○a・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人内において定期的に管理者会議を行い、現状と課題について検討している。管理者は個別に職員と話す機会を設けて、意見を聴取している。福祉サービスの質の向上を目指し、内部研修や外部研修を受ける機会を設けている。経営的な課題について職員で検討している。その一環として「当たりまんじゅう」の新味を開発中であり、グループ内の職員の意見も参考にして進めている。</p> |  |        |
| 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している。  |  | ○a・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>定期的に財務状況の分析を行っている。人事考課にて、公平な評価を実施して、職員のモチベーション向上を図っている。面談を実施して、振り返りの場を設けている。年1回、人事考課を行っている。財務状況は原材料の高騰に合わせて分析をしている。</p>  |  |        |

## Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

|  |  | 第三者評価結果 |
|--|--|---------|
| Ⅱ-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。  |  |         |
| 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。   |  | ○a・b・c  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>人材は法人や事業所内で育成することを基本とし、女性が活躍できる場を作るように配慮している。人事配置する際には、能力や個性、相性などを考慮している。特に、サービス管理責任者資格は、計画的に取得を進めている。ハローワークや岡山市主催の生涯活躍支援センターを利用して人材確保に努めている。</p>   |  |         |
| Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。   |  | ○a・b・c  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>感情のコントロールが苦手な利用者と接する福祉事業所として、期待する職員像は、職員同士も含め理事長の方針として「仲良くできる」ことを掲げている。人事基準は職員に周知していて、給与規程・等級号俸表の改定、人事考課による双方向で認識共有をしている。処遇については毎年、ペースアップを継続していて、人事考課面接に際して、職員から評価の声を得ている。フラットな関係性を継続できるように取り組んでいる。</p> |  |         |
| Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。   |  |         |
| 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組んでいる。  |  | ○a・b・c  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者を中心に、職員との間で日常的に情報共有や意見交換を行っている。出勤は毎日データで確認できている。職員の家庭の状況を優先した有給休暇や半休の取得は可能で、ワーク・ライフ・バランスに配慮している。法人としては、組織編成により事業部と管理部を新設して、人事面での各事業所運営をサポートできる体制を整備した。4名の看護師が在中しているので、安心して任せる体制も構築されている。</p>         |  |         |

|  |  |         |
|--|--|---------|
| Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。   |  |         |
| 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・(b)・c |
| <コメント>   |  |         |
| 人事考課面接により、課題の確認や激励を行い、関わりの多くは現場におけるOJTを軸としている。現場における円滑なコミュニケーションと生産性向上に注力できる体制が定着している。利用者の世話をする職員が、利用者が元氣よく仕事ができるように環境を整えている。職員一人ひとりの目標設定は今後実施するように計画中である。 |  |         |
| Ⅱ-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。  |  | a・(b)・c |
| <コメント>   |  |         |
| 職員は、A型協議会の研修会や外部講師による研修を計画的に受講している。育成に関する基本方針や評価・見直しを計画的に実施しようと努めている。研修終了後には、振り返りの場を設けて、他の職員に伝えるようにしている。   |  |         |
| 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・(b)・c |
| <コメント>   |  |         |
| テーマ別の研修の機会を確保して、職員が参加しやすいようにオンライン研修も積極的に取り入れている。スコア表に則り、研修を受講している。   |  |         |
| 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。  |  |         |
| Ⅱ-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。  |  | a・(b)・c |
| <コメント>   |  |         |
| サービス管理責任者が研修・育成の責任者となっている。基本姿勢の明文化やマニュアル化は行っていないが、現場を担当する職員への指導も含めて、適切に取り組んでいる。  |  |         |

### 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。   |  |         |
| Ⅱ-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。   |  | a・(b)・c |
| <コメント>   |  |         |
| ホームページやリーフレット、全事業所で様々なSNSを活用して情報を発信している。今回の第三者評価を参考にして、今後の取り組みを考えていくように企画する。 |  |         |

|   |         |
|---|---------|
| 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・(b)・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職責は多階層ではなく、各事業所において管理者が監督官庁に必要な報告をしているので、公正性・透明性は確保されている。また、各事業所単位で実施もできている。職責に対応した職務分掌の明記はなく、内部監査の実施には至っていない。</p> |         |

## II-4 地域との交流と連携・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。  |         |
| 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・(b)・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者と地域との交流を広げるための取り組みは定期的には行えていないが、出会った方と挨拶を交わし、日常会話をして交流を深めている。飲食業なので、来店やテイクアウト、配達での交流はある。今後は町内の清掃活動への参加を検討している。</p> |         |
| 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。  | a・(b)・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ボランティアの受け入れは、現在検討中である。支援学校より実習生の受け入れがあった際には、協力できるようにしている。毎年、数名の実習生の受け入れを行っている。</p>                                    |         |
| II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。   |         |
| 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・(b)・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者ごとの相談支援事業所をはじめ、医療機関や訪問看護ステーションと連携が取れていて、職員間でも共有化できている。また、利用者の関係機関先についての個票(リスト)も作成されている。</p>                        |         |
| II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。  |         |
| 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・(b)・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>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。研修へ参加したり、学校との連携を図ったりしている。また、弁当配達にて関係機関との連携も図れている。</p>       |         |

|   |         |
|---|---------|
| Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等に基づく公益的な事業・活動が行われている。  | a・(b)・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>厚生労働省の職員が来られて研修会を開催し、交流の場となった。お弁当を安く提供することで、福祉施設への貢献の一助となっている。</p> |         |

## 評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

### Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

|   | 第三者評価結果 |
|---|---------|
| Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。   |         |
| Ⅲ-1-(1)-① 利用者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組を行っている。  | a・(b)・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者を尊重した福祉サービスの提供は、OJTやケース会議を通じて日常的に実施できている。利用者の権利擁護や虐待防止についての研修会へは積極的に参加して、組織内においても勉強会や研修会の実施もできている。</p>  |         |
| Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。   | a・(b)・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービスを提供している。利用者には、個別の鍵付きロッカーを提供している。入社時に職員や利用者へは、誓約書にて、個人情報やプライバシー保護について周知をしている。トイレは女性用と男性用に分けている。</p>  |         |
| Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。   |         |
| 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・(b)・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所内においては、利用希望者に対して福祉サービスの選択に必要な情報を積極的に提供している。ホームページでの記載や事業所内にパンフレットを設置をしている。パンフレットには写真だけではなくQRコードにより動画で作業の様子を紹介している。見学や実習の受け入れも積極的に行っている。大きく範囲を広げるだけでなく、近隣の福祉施設を中心にサービス内容のPR活動を計画中。</p> |         |
| Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更に当たり利用者等にわかりやすく説明している。  | a・(b)・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービス開始や変更時には、利用者の自己決定を尊重している。詳しく分かりやすい書類を作成して、利用者が理解しやすいように丁寧に説明をしている。交わした書類については、1部は事業所で保管し、1部は利用者に交付している。</p>  |         |

|  |                |
|--|----------------|
| <p>Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等に当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。</p>   | <p>a・(b)・c</p> |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>就職した利用者に対しては、定期的に就職先へ訪問し、相談や助言を行っている。サービス終了後も利用者や家族が相談できるように配慮している。昨年度は4名が就職しており、利用者から「きぼう」に就職した方もいる。</p>           |                |
| <p>Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。</p>   |                |
| <p>Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。</p>   | <p>a・(b)・c</p> |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者満足に関する調査については、基本的には半年ごとに支援計画の見直しをしているが、利用者の状況に応じて、その都度見直す場合もある。モニタリングに注力していて、個別面談からサービスに関する希望の聞き取りもしている。</p>     |                |
| <p>Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。</p>  |                |
| <p>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。</p>  | <p>a・(b)・c</p> |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>苦情解決の体制は整備されていて、苦情に関する相談窓口や連絡先の書面を利用者に交付している。今のところ大きな苦情はないが、今後利用者や家族が苦情を申し出しやすいようにアンケートを実施するように企画中である。</p>          |                |
| <p>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。</p>  | <p>a・(b)・c</p> |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>重要事項説明書にて、相談窓口や第三者委員を設置している旨を説明して、文書により交付している。またプライバシーに配慮して相談室にて話し合いができる場所を設置している。SNSを活用して意見や相談をさらに聞ける体制作りを検討中。</p> |                |
| <p>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。</p>   | <p>a・(b)・c</p> |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>相談・苦情に対して円滑かつ迅速に解決するための処理体制・手順を定めている。職員全員で情報を共有して、相談内容はその都度検討し、本人にもフィードバックしている。マニュアルの整備と記録の保管もできている。</p>            |                |

|   |  |         |
|---|--|---------|
| Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。   |  |         |
| Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。   |  | a・(b)・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事故発生時の対応手順を明確にして、職員に周知している。事故報告書を適正に作成し、岡山市への報告もできている。具体的にはコロナ感染時に報告した。職員・利用者の緊急連絡先を作成して、迅速に対応できるようにしている。BCP策定に着手しており、業務継続計画は、本年3月までに策定する。</p> |  |         |
| 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・(b)・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>感染症対策のマニュアルを作成し、職員に周知している。コロナ禍においては予防策を講じ、感染症の発生時には、適切な対応報告を行っている。</p>   |  |         |
| Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。  |  | a・(b)・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>避難確保計画を作成し、災害時の対応体制を整えている。年2回、避難訓練を実施している。非常用食品の備蓄は飲料水を中心に今後検討していく。</p>  |  |         |

### Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

|  |  | 第三者評価結果 |
|--|--|---------|
| Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。  |  |         |
| 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)・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用契約書や重要事項説明書の中で標準的な実施方法について明記している。利用者の尊重・プライバシーの保護、権利擁護に関わる姿勢についても明記している。</p>      |  |         |
| 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)・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉サービスについての職員会議を定期的に行い、見直しや改善を図っている。支援計画作成時には、より具体的に見直しができるよう、モニタリングや会議を実施している。</p> |  |         |

|  |   |         |
|--|---|---------|
| Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。  |   |         |
| Ⅲ-2-(2)-①  | アセスメントに基づく個別支援計画を適切に策定している。               | (a)・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画の策定の責任者はサービス管理責任者としており、適切なアセスメントを行っている。利用者の希望や課題を明らかにし、個別支援計画を作成している。個別支援計画は支援会議にて、職員間で情報共有をしている。</p>                                   |   |         |
| 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)・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画は6ヶ月毎に見直している。利用者の状況変化や内容に変更がある際には、その都度見直している。また、見直しの手順を定めており、適切に実施している。</p>   |   |         |
| Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。   |   |         |
| 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)・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の作業の状況、心身状態については業務日誌や作業日誌に記録している。記録ファイルは、パソコンのネットワークシステム(ドロップボックス)を使用し、職員間で共有できるよう整備している。2年前からデータ化している。</p>                                |   |         |
| Ⅲ-2-(3)-②  | 利用者に関する記録の管理体制が確立している。                    | (a)・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者に関する記録や書類は管理者を責任者とし管理している。記録や書類は鍵付きの書庫にて、5年間保管・保存している。個人情報の取り扱いについては、利用者や家族には文書にて説明し、同意を得ている。保管状況は重要事項説明書には明記されていないが、徹底している内容を今後は明記する。</p> |   |         |

## 評価対象Ⅳ 具体的なサービス内容

### Ⅳ-1 利用者の尊重と権利擁護

|   |                             | 第三者評価結果 |
|---|-----------------------------|---------|
| Ⅳ-1-(1) 自己決定の尊重   |                             |         |
| Ⅳ-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)・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画の作成や見直しの際には、利用者の希望や自己決定の確認をしている。一人ひとりの障害特性に応じた配慮を行い、職員会議にて情報の共有をしている。利用者同士のルールやトラブルについては、その都度話し合う機会を設けている。</p> |                             |         |

|  |  |        |
|--|--|--------|
| IV-1-(2) 権利侵害の防止等  |  |        |
| IV-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。   |  | ○a・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>身体拘束・虐待防止に関するマニュアルを作成している。法人内に虐待防止委員会を設置して、定期的に内部研修会を開催している。研修内容については施設内で管理者がフィードバックしている。不適切な言葉遣いがあった場合には、その都度注意している。</p> |  |        |

## IV-2 生活支援

|  |  |         |
|--|--|---------|
|  |  | 第三者評価結果 |
| IV-2-(1) 支援の基本   |  |         |
| IV-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・b・c  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>アセスメントにて、利用者の生活状況や心身の状態について、聞き取りを行っている。本人の希望により、助言や相談を行い、必要に応じて他のサービスや関係機関と連携を取っている。</p>                              |  |         |
| IV-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・b・c  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>障害特性やコミュニケーションについては、年間計画内の外部研修やその都度職員会議において情報を共有し、理解する取り組みを行っている。作業が円滑に進められるように利用者同士が相談したり、コミュニケーションが取れるよう支援している。</p> |  |         |
| IV-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・b・c  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者が作業以外の時間でも相談しやすいように、休憩時間を設けている。相談内容については、日誌に記録したり、個別支援計画に反映したりして、職員が情報共有できるようにしている。</p>                            |  |         |
| IV-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・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>非該当</p>   |  |         |

|   |           |
|---|-----------|
| IV-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 · b · c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>障害の特性を理解するために、外部研修へ参加や職員会議にて情報の共有を図っている。自閉症の自傷や強いこだわりについては、家族と情報を共有して、適切に対応している。</p>                                 |           |
| IV-2-(2) 日常的な生活支援   |           |
| IV-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 · b · c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>非該当</p>  |           |
| IV-2-(3) 生活環境   |           |
| IV-1-(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 · b · c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>非該当</p>  |           |
| IV-2-(4) 機能訓練・生活訓練  |           |
| IV-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 · b · c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>非該当</p>  |           |
| IV-2-(5) 健康管理・医療的な支援  |           |
| IV-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 · b · c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所の看護師が日常的に健康管理や相談を行っている。利用者の急な体調変化に迅速に対応できるように、「状況確認書」を作成している。病歴や服薬状況、かかりつけ病院を把握している。6時間以上の常勤者は会社の健康診断を受診している。</p> |           |

|   |                |
|---|----------------|
| IV-1-(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。  | a・ <b>b</b> ・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>看護師により病歴該当者は勤務時はバイタルチェック、服薬確認、血糖値の測定を適切に行っている。看護師による記録もいつでも職員が閲覧できるようにしている。</p>  |                |
| IV-2-(6) 社会参加、学習支援  |                |
| IV-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</b> ・b・c  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「きぼう」は飲食業が主たる事業なので資格取得の支援（食品衛生責任者の資格の申し込みや費用助成など）を行っている。</p>   |                |
| IV-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援   |                |
| IV-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</b> ・b・c  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の希望や相談に対して、法人内のグループホームの利用情報を提供している。利用者や家族には、地域生活移行についてのアンケート調査を行って、希望や意向を把握している。</p>  |                |
| IV-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援  |                |
| IV-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>a</b> ・b・c  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>就労継続支援A型の利用するにあたり、本人の意向や希望を尊重している。必要に応じて、就労状況や活動の様子、健康状態の報告や連絡を行っている。利用者が体調不良時や急変時には、家族に報告や連絡ができるように緊急連絡先を把握している。また、家庭での様子などを気軽に相談できるよう、各自ノートを持っている。</p> |                |

### IV-3 発達支援

|   |         |
|---|---------|
|   | 第三者評価結果 |
| IV-3-(1) 発達支援                             |         |
| IV-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。 | a・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>非該当</p>            |         |

#### IV-4 就労支援

|   |                                   | 第三者評価結果 |
|---|-----------------------------------|---------|
| IV-4-(1) 就労支援   |                                   |         |
| IV-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・b・c  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設外就労により地域の企業で働くことで、マナーや協調性の習得や能力の向上の支援を行っている。利用者の働く力や可能性を引き出せるように、なるべく利用者同士で相談や協力できる体制を作っている。</p>                       |                                   |         |
| IV-4-(1)-②  | 利用者に応じて適切な仕事内容等となるように取組と配慮を行っている。 | ○a・b・c  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の意向や障害状況に応じて、作業内容、作業場所、時間を提供できるよう努めている。雇入れ時には、労働契約書に作業内容・時間・賃金を明記し分かりやすく説明した上で同意・交付している。SNSを活用して、タイムスケジュールも出している。</p> |                                   |         |
| IV-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・b・c  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設外就労により地域の企業との関係性を築き一般就労に結びつけている。就労後も定期的に企業への訪問、利用者への職場定着のための支援を行っている。</p>  |                                   |         |