

## 愛知県福祉サービス第三者評価事業 評価結果

### ①第三者評価機関名

株式会社 中部評価センター

### ②施設・事業所情報

名称：かいこ	種別：生活介護・就労継続支援B型	
代表者氏名：林 信行	定員（利用人数）：40名（41名）	
所在地：愛知県瀬戸市上品野町1014-17		
TEL：0561-41-3576		
ホームページ： <a href="http://kuwanomikaiko.web.fc2.com">http://kuwanomikaiko.web.fc2.com</a>		
<b>【施設・事業所の概要】</b>		
開設年月日：平成19年 4月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人くわの実福社会		
職員数	常勤職員： 7名	非常勤職員： 23名
専門職員	（管理者） 1名	（事務） 1名
	（調理員） 3名	（支援員） 21名
	（運転手） 2名	（看護師） 1名
施設・設備の概要	（居室数）	（設備等） 事務室・パン作業室
		作業室4部屋・相談室・食堂
		トイレ2か所

### ③理念・基本方針

#### ★理念

##### ・法人

個人の尊厳を大切に、利用者さん自らが思い描く生き方ができるように支援するとともに、誰もが自信を持ち、当たり前に参加できる地域づくりを目指します。

##### ・施設・事業所

障害のある人たちが一人の大人として自分の能力の限り、身体と心を使って働くことによって自信を持ちその人らしく生き生きと楽しく生活していけるようになることを目指していきます。

#### ★基本方針

①自立した日常生活または社会生活を営むことができるよう支援するため、訓練・創作活動等の心のリフレッシュを図ると共に自らの精神的パワーを向上できるための支援を行います。

②就労や生産活動の機会を提供すると共に、一般就労へに意向に向けた知識、能力が高まった方について一般就労への移行に向けて支援します。

④施設・事業所の特徴的な取組

- ・パンの販売を通じて地域とつながっている点
- ・生活介護も「働く」を中心に活動している点
- ・出来立ての給食を提供している点
- ・便利屋の仕事で地域の困りごとに対し取り組んでいる点

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 5年 6月23日（契約日）～ 令和 6年 4月23日（評価決定日）  【令和 5年12月11日（訪問調査日）】
受審回数 （前回の受審時期）	2 回 （平成30年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆職員間の意識格差の是正

今回の受審に伴う家族アンケートでも指摘のあった「正規職員とパート職員の意識格差」が事業所内でも認識されている。その是正のため、パート職員も参加する職員会議の中で主任を中心とした勉強会を開いている。さらに、動画配信によるスペシャルラーニングを導入し、パート職員が研修に参加する機会を増やしている。また、正規職員、パート職員の別を問わず、協力的に業務の調整を行い、支援業務を円滑に回そうとの意識が形成されている。評価当日にも、インフルエンザによって急な欠勤者が出ていたが、出勤者による業務（送迎業務）の調整を適時に行って凌いでいた。職員の協力体制は整っている。

◆復活した地域交流

地域との関わりの基本的な考え方を事業計画の「啓発事業」の中で示し、法人理念に謳う「…当たり前前に社会参加ができる地域づくり…」の推進に努めている。しかし、3年余に及ぶコロナ禍にあって、多くの取組みや活動が中断された。その一つである地域を視野に入れた「くわの実まつり」も中断したままになっているが、事業所独自の2ヶ月に1度の「かいこパフェ」は継続して開催されている。12月の開催は、事前に新聞で取り上げられたこともあって150名の来場者で賑わった。

◆利用者の勤労意欲

現在、一般就労を希望する利用者はいないが、B型事業で得られる工賃に関しては、高い関心を持つ利用者は少なくない。その利用者の気持ちをうまく活かし、勤労意欲の向上やモチベーションの維持・高揚を図っている。利用者の工賃（給料）に関しては、能力給の評価基準があり、3ヶ月毎に能力評価をする会議で決定する仕組みになっている。利用者にもその仕組みを説明しており、工賃を渡す際に勤労意欲が向上するよう働きかけている。仕事の幅を広げるなど、工賃アップをするためにはどうしたらよいかを分かりやすく伝えている。

◇改善を求められる点

◆事業計画の作成にあたって

前回（平成30年度）の第三者評価受審を機に、法人の中・長期計画策定の機運が高まったが、令和3年度の策定会議を最後に検討が中断した状態である。抛り所となる法人の中・長期計画はないものの、事業所独自の中・長期計画（令和3～5年度）を策定している。しかし、単年度事業計画の作成に対して、枠組みを示す精度のものとは言い難い。法人の中・長期計画－事業所の中・長期計画－単年度の事業計画－実際の事業活動 と続く、事業運営の柱を構築されたい。

◆利用者等への説明責任

医療分野におけるインフォームドコンセント（説明責任）と同様に、障害福祉の分野においても、利用者等への十分な説明と同意の下に支援が提供されるべきことは自明の理である。その意味において、利用者本人や家族等に対する説明責任を果たしているとは言い難い状況である。特に知的障害を持つ利用者に対しては、理念や基本方針、事業計画の内容等を、分かりやすい資料に作り直す等の配慮を求めたい。

◆文書化の遅れ

勤続年数の長い職員が多く、正規職員の平均勤続年数は10年を超えている。日々の管理業務や利用者支援は、長い勤務で得た経験値が活かされ、問題が起きることは少ない。それ故に、業務内容を詳細な手順に落とし、文書化（マニュアル化）しようとする文化がない。マニュアルは、業務の標準化を目的とする一方で、教育用としての目的も持つ。ここ5年来、新規職員の採用がないが、新たな職員の教育にはマニュアルが不可欠となる。また、職員間の意識格差を解消するために、マニュアルを読み合わせることも実効性がある。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

特に評価の高い点に挙げられていた項目すべてにおいて、現在事業所で力を入れている点だったため評価をいただき自信につながりました。

改善を求められる点でご指摘いただいた「事業計画の作成」、「利用者への説明」、「マニュアル化」につきましては、今後重点課題として取り組んでまいります。特にマニュアルの作成に関しては現在も存在していますが更新などが遅れているため、常に新しいものへの更新というところの仕組化を目指していきます。マニュアルはベテラン職員に依存することなく運営していくために必要不可欠であり早急に整備していく所存でございます。

⑧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。

## 第三者評価結果

※すべての評価細目（64項目）について、判断基準（a・b・cの三段階）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

### 【共通評価基準】

#### 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。	障1	a・㉔・c
＜コメント＞ 法人理念はホームページやパンフレット、事業計画等に記載され、事業所の事務室入り口にも掲示がある。その理念を受けて事業所としての運営方針を定めており、パンフレットに記載している。職員に対しては周知が図られているが、利用者や家族に対しては特段の取組みが行われておらず、特に利用者には分かりやすい資料の作成が求められる。			

##### 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	事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	障2	㉔・b・c
＜コメント＞ 主任が市・自立支援協議会の就労部会に属して活動し、そこから多くの情報を取得している。法人の相談支援事業所からも情報を得ることができ、地域の福祉ニーズの把握に役立っている。法人内の施設長と主任で構成される施設間調整会議が毎月開催され、その会議の中で参加者それぞれが持っている情報が共有される。			
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。	障3	a・㉔・c
＜コメント＞ 様々な課題を認識しているが、それらのほとんどが「職員不足」を原因としている。特に社有車の運転手の不足は深刻であり、利用者の送迎やB型事業のパンの訪問販売は、生活支援員に頼らざるを得ない状況である。若手のパート職員も不足しており、動きが活発な知的障害の利用者に対し、既存のパート職員では対応が難しい局面も出ている。職員不足を解決する用途はたっていない。			

##### 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。	障4	a・㉔・c
＜コメント＞ 前回（平成30年度）の第三者評価受審を機に、法人の中・長期計画策定の機運が高まったが、令和3年度の策定会議を最後に検討が中断した状態である。事業所においては、拠り所となる法人の中・長期計画はないものの、事業所独自の中・長期計画（令和3～5年度）を策定している。しかし、単年度事業計画の作成に対して、枠組みを示す精度のものとは言い難い。			
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。	障5	a・㉔・c
＜コメント＞ 単年度の事業計画には数値目標の設定されている項目も多いが、中・長期計画との関連性は見られない。年度終了時に各取組みについての振り返りを行い、「評価と課題」として次年度の事業計画の作成につなげている。			

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。	障6	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画は、前年度の事業報告書の反省点を踏まえて作成されており、事業計画の進捗の確認として、月に2回開催される運営会議の中で検証している。運営会議を構成するのは正規職員だけであるが、周知が必要な場合には、パート職員も参加する月に1度の職員会議が活用されている。</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。	障7	a ・ ② ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>コロナの第5類への移行によって久々の家族会が開催されたが、参加者は10名余と寂しい状況であった。その中で前年度の事業報告や今期の事業計画が説明されているが、分かりやすい資料を作成するなどの配慮はない。利用者への説明に関しても特段の配慮はなく、今後の課題となる。</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。	障8	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>年に2回「振り返りチェックシート」を使って自己評価を行い、家族アンケートの結果も含めて課題の抽出に努めている。明確になった課題に関しては、月に2回の運営会議（正規職員対象）や毎月開催される職員会議（全職員対象）の場で改善に向けた検討を行っている。課題の多くは、「職員の不足」が原因、遠因となっている。定期的に第三者評価を受審しており、今回が3回目である。</p>		
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。	障9	a ・ ② ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>パート職員の高齢化、工賃の伸び悩み、個別支援の不十分さ、利用者ニーズへの対応不足、支援員の運転業務の兼務等々を喫緊の課題として挙げているが、ほとんどが職員不足に起因するものである。作業班ごとの業務見直しや職員配置数の見直しが行われているが、決定的な解決策とはなっておらず、職員不足の解消には法人本部と連携した取組みが必要となっている。</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。	障10	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> 管理者の職責は「運営規程」に明記されており、「職務分掌」からも権限の及ぶ範囲が明確に読み取れる。ただ、管理者不在時の権限委任先を明記したものはなく、常時、非常時を問わず、管理者の代行者を明確にしておくことが求められる。また、毎月発行されている「かいこ通信」において、随時管理者としての考え方や方針を表明することが望ましい。			
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。	障11	㉔ ・ b ・ c
<コメント> コンプライアンスに関する研修や勉強会があれば、積極的に参加する方針である。今回の受審に伴う家族アンケートでも指摘があったが、「正規職員とパート職員の意識格差」が事業所内でも認識されており、パート職員も参加する職員会議の中で主任を中心とした勉強会を開いている。さらに、動画配信によるスペシャルラーニングを導入し、パート職員が研修に参加する機会を増やしている。			
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。	障12	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 年に2回、「振り返りシート」を使って支援内容を評価し、サービスの質の向上を目指している。コロナの5類への移行に伴い、中断していた外食やカラオケ等の企画外出も再開された。これらの取組みの結果（利用者満足度）を、利用者自治会の中で確認している。			
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。	障13	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 事業所内に職員の不足感が蔓延しているが、正規職員の雇用は安定しており新たな採用計画はない。業務の実効性を高めるために、各作業班の業務の見直しや、それぞれの班に配置する職員数の見直しを行っている。評価当日にも、インフルエンザによって急な欠勤者が出ていたが、出勤者による業務の調整を行って凌いでいた。職員の協力体制は整っている。			

### 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。	障14	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> 職員の採用は法人本部の所管であり、事業所は必要に応じて職員の配属希望を法人本部伝えている。職員の育成面では、各種研修への参加と「個人研修計画・評価シート」による目標管理の取組みがある。今後の課題として、事業所の中・長期計画に事業の方向性（新規事業展開、定員の増減等）を示し、長期的視野に立った必要人材の確保や育成を図ることが望ましい。			
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障15	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> 「職員の心得」があり、法人としての「期待する職員像」を明確にしている。「チャレンジシート」と「個人研修計画・評価シート」による目標管理の取組みはあるが、人事考課の制度が導入されておらず、目標管理の成果を評価する仕組みは構築されていない。			
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。	障16	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 慢性的な職員の不足感はあるものの職員雇用は安定しており、職員間のコミュニケーションも良好である。職位職階による有給休暇の取りづらさもなく、ノー残業デイを設定するなど時間外労働の適正化にも取り組んでいる。特に時間外労働の多い職員はならず、子育てや家族の介護・看護を必要とする職員に就業上の便宜を図る制度も導入されている。			

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。	障17	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> 「チャレンジシート」と「個人研修計画・評価シート」による目標管理を行っている。「チャレンジシート」には、職員の「今後やってみたいこと」（アクションプラン）が記載されているが、上司（主任）のコメントを記述するに留まり、アクションプランの進捗を管理（評価）するための定常的な面談等は実施されていない。		
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。	障18	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> 職員個々が「個人研修計画・評価シート」に必要な研修を記載し、その研修計画に沿って研修を履修している。このシートには「今後の取組み」や「感想」の欄が設定されており、研修で得た気づきや支援現場で活用するための決意が記述されている。しかし、研修がここで完結しており、実際に支援の現場で活用されたか否かを確認する仕組みはない。		
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。	障19	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 「個人研修計画・評価シート」で、職員個々の年間の研修計画を把握している。「正規職員とパート職員の意識格差」を解消すべく、パート職員の研修参加の機会を増やすために動画配信によるスペシャルラーニングが導入されている。パート職員も参加する職員会議の場を活用し、主任による勉強会も開催されている。		
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。	障20	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> コロナの5類移行に伴い、積極的な実習生の受入れを行っている。今年度は、社会福祉士実数生1名、教員免許取得のための実習生18名、看護学生34名と、多数の実習生受入れの計画（予定）がある。「実習生受入れマニュアル」に沿って実施されているが、実習終了時の反省会の記録が残されていなかった。マニュアルに掲げられた目的事項が達成されたか否かを振り返り、記録に残されたい。		

### 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。	障21	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> 法人のホームページが開設されているが、開示されている情報量は少ない。法人の理念や沿革、役員に関する事項に加え財務・収支に関する項目もあるが、数字の羅列に留まり、事業の内容を示す事業計画や事業報告が掲載されていない。受け付け苦情や解決した苦情の内容に関しても、ホームページ上には記載がない。事業運営の透明性を担保するためにも、より多くの情報開示が求められる。		
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。	障22	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 事業所の現金出納は、5～10万円を限度とする小口現金制で管理されている。現金出納の決裁権を管理者が有し、現金出納の実務を事務員が行っている。毎日双方の立ち合いで現金の収支を確認しており、内部牽制が働く仕組みが構築されている。行政の監査や法人監事による内部監査でも、特段の指摘・指導事項はない。		

### 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。		
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。	障23	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 地域との関わりの考え方を事業計画の「啓発事業」の中で示し、法人理念に謳う「…当たり前前に社会参加ができる地域づくり…」の推進に努めている。地域を視野に入れた「くわの実まつり」が中断しているが、2ヶ月に1度の「かいこパフェ」は継続して開催されている。12月の開催は、事前に新聞で取り上げられたこともあって150名の来場者で賑わった。		

<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。</p>	障24	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;  「ボランティア受入れマニュアル」があり、受入れの姿勢は事業計画の中でも示されている。「かいこパフェ」では、実習生として関わりを持った学生がボランティアとして参加している。これまでに、メンタル面で休職している教師をボランティアとして受け入れ、その後復職した例や、精神的な悩みを持つ学生がボランティアとして訪れ、その後パート職員に採用された事例がある。</p>		
<p>Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。</p>		
<p>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。</p>	障25	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;  「社会資源リスト」が整備され、行政機関や教育機関、医療関係、福祉施設等、関わりのある約70件の社会資源が網羅されている。定期、不定期に地域の教育機関（高校等）や企業に出向いてB型事業で生産するパン等を販売しており、市が「障害者優先調達推進法」を活用して取り組む「せとぶれんど」（共同受注窓口）にB型事業の商品を登録する等、社会資源の有効活用例も多い。</p>		
<p>Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</p>		
<p>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。</p>	障26	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;  主任が市の自立支援協議会の就労部会で活動し、地域の福祉ニーズを含む様々な情報を得ている。法人の相談支援事業所とも連携し、在宅障害者の情報等も取得している。地域の現状として、日中一次支援のニーズや、地域移行の受け皿としてのグループホームのニーズが高いことを認識している。</p>		
<p>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。</p>	障27	a ・ ② ・ c
<p>&lt;コメント&gt;  地域のニーズが高いグループホームに関しては、法人として平成28年度に20名定員のグループホームを開設したが、その後の進展はない。事業所に関しては、同業者の撤退や規模の縮小等によって日中一次支援のニーズがあるが、職員の不足感もあって手を出しづらい状況である。</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。	障28	Ⓐ	・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「振り返りチェックシート」を用い、職員が自身の支援を定期的に振り返る取組を行っている。定期的に振り返ることで、利用者の尊重や基本的人権について考え直す機会となっている。チェックシートは主任と管理者が確認し、個々の職員へコメントを返し、生きた取組みとなっている。</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。	障29	a	・ Ⓑ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>プライバシー保護に関するマニュアルを整備している。現状、十分な研修の時間が確保できていないこともあり、職員間の理解度に差が生じている。利用者のプライバシー保護に関するマニュアルを周知徹底するため、マニュアルを活用した研修等を行うことが求められる。</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。	障30	a	・ Ⓑ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>相談支援事業所と連携して、見学希望者の受入れをしている。ホームページでの事業所紹介や、施設パンフレット、口頭で説明をしており、質問があればその都度対応している。形式的な対応になっているケースもあるため、情報提供の見直しをすることを期待したい。</p>			
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。	障31	a	・ Ⓑ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービスの変更にあたっては、利用者や家族が不安にならないよう、状況に合わせた説明をしている。既存の資料や口頭で行うことが多く、今後は、利用者に対しては障害特性に合わせた分かりやすい資料の提示や、意思決定が困難な利用者に対する説明をさらに検討した取組みが望まれる。</p>			
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。	障32	a	・ Ⓑ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>他事業所を利用することになった場合、相談支援事業所と連携して取り組んでいる。スムーズに移行できるように担当者会議などで情報共有し、サービス終了後にも利用者や家族が相談できるような体制となっている。職員の経験による対応に頼らず、事業所変更の引継ぎ方法を明確にした手順を、文書化（マニュアル化）しておくことが望まれる。</p>			
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。			
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。	障33	Ⓐ	・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>家族アンケートにより利用者の満足度を把握する仕組みがあり、集計結果は家族とも共有している。不定期ではあるが、利用者が組織する自治会において、利用者発信で余暇活動の充実を図るための話し合いが行われ、そこで出された意見を基に利用者満足の向上に努めている。</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。			
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。	障34	a	・ Ⓑ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>苦情解決の仕組みは確立しており、苦情に繋がりそうな意見にも迅速に対応し、その結果を苦情解決委員会に報告する手順で行われている。検討・対応した結果を家族（申立て人）に説明し、以降のサービスの向上に活かしている。家族への説明は行っているが、利用者への説明が不十分なこともあるため、改善が求められる。</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。	障35	a ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者同士の話し合いの場としての自治会が組織され、個別の相談については、個室で話を聞く環境を整えている。利用者から話したいと言われた時には、昨座に対応しているが、障害特性もあって自由に意見を言えない利用者もいる。そのような利用者への働きかけが不十分であり、利用者向けの資料や掲示物などを用い、様々な手段や相談相手を自由に選べることを伝える取組みが望まれる。</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。	障36	a ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員が利用者から相談を受けた時には、その日のうちに職員間で共有して速やかに対応することで、早期解決を図っている。相談や意見は丁寧に聞き取り、その内容を的確に把握するようにしている。現状、相談の記録方法は確立されているものの、対応する流れを明確化したマニュアル等がないため、職員の経験値によるところが大きいことが課題となっている。</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。	障37	㉔ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>リスクマネジメントの体制は確立しており、事故が起きた際にはリスクマネジメント会議で原因調査や再発防止策等を検討している。事故を未然に防ぐための「ヒヤリハット報告書」を簡素化し、第一報を報告しやすくすることでスピード感を持って日常に潜むリスクの発見ができるように改善している。多くの情報を蓄積することで、事故の未然防止に活かしている。</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。	障38	a ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>感染症ごとに対応手順を記したマニュアルがあり、それに沿った対応している。これまでに経験のない感染症が発生した場合には、その都度対応を検討して利用者の安全確保に取り組む体制がある。感染症の予防や発生時の対応に関して、マニュアルの定期的な見直しの仕組みが不十分であり、改善を求めたい。</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。	障39	㉔ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ハザードマップ上でのリスクがないことが確認できており、定期的な防災訓練においても責任者を明確にし、消防署と連携して取り組んでいる。より具体的な訓練となるよう、利用者も参加して行い、防災訓練の見直しも適宜行っている。防災備品はリスト化され、災害時に必要な資材や連絡体制のマニュアルは職員に周知されている。</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。	障40	㉔ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>標準的なサービスがマニュアル化されており、入職時や職員の配置換えの際には研修を行い、職員による支援の差異が生じないようにしている。日常的に活用して、支援方法だけでなく、利用者の尊重やプライバシー保護に関しても振返りを行っている。</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。	障41	㉔ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>年1回は、マニュアルの見直しを行い、サービスの実施方法に課題が出てきたときには実態を把握した上で、随時改定している。改定された場合は、職員会議を通じ、職員全員に周知している。必要に応じ、個別支援計画にも反映させており、適切な支援が提供できるような仕組みが確立している。</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 アセスメントにもとづく個別支援計画を適切に策定している。	障42	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者・家族からの意向やニーズを面談等で確認し、個別支援会議においてサービス管理責任者や担当職員が検討して個別支援計画を作成する仕組みとなっている。利用者に関わる相談支援専門員や成年後見人とも情報共有し、利用者一人ひとりの具体的なニーズを反映させている。</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。	障43	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>半年ごとに担当職員がモニタリングを行い、その結果を個別支援会議で報告し、職員間で情報共有して個別支援計画の見直しを行っている。利用者のニーズの変化や新たな課題が生じた場合には、その都度見直しを行い、個別支援計画の調整や修正を行っている。</p>		
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
Ⅲ-2-(3)-② 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。	障44	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ICTのクラウドシステムを使用して、サービス実施状況を記録している。職員は自由に閲覧できるため、情報が適切に共有される仕組みとなっている。特記事項などはシステムで確認するだけでなく、申し送りでも共有し、必要に応じて口頭でも伝わるようにしている。</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。	障45	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者に関する個人情報、法人で定められた規程に沿って管理されている。クラウドシステムに記録を入力する際のIDとパスワードは職員ごとに付与され、職位によって閲覧権限が与えられている。紙で保管している書類は、鍵付きの書庫などで適切に保管されている。</p>		

## 【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			
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。	障46	①・b・c
<コメント> 利用者主体で行う自治会で利用者同士が話し合い、余暇活動の内容などを決めている。生活介護事業ではクラブ活動の時間を作り、活動の充実を図っている。就労継続支援B型事業では、利用者自身が作業目標を立てるなど、利用者個々の意思を尊重することに重点を置き、自己決定に必要な支援を行っている。			

### A-1-(2) 権利擁護

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。	障47	①・b・c
<コメント> 利用者の権利擁護に関しては、法人全体での取組みがある。事業所間で職員を派遣し、第三者の目で評価を行っており、気になることがあれば指摘してもらい、改善に努めている。月3回の虐待防止デイを設け、支援の中に潜む虐待の芽を職員全体で摘んでいくことを実施している。			

### A-2 生活支援

		第三者評価結果	
A-2-(1) 支援の基本			
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。	障48	①・b・c
<コメント> 利用者自身がやれることに気づき、チャレンジしてもらうよう支援している。余暇活動の時間を活用し、スーパーなどに買い物に行き、セルフレジを体験してもらったり、分からないことは店員に聞いたりして、様々な経験を積むことで自律・自立生活への動機づけとしている。			
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。	障49	①・b・c
<コメント> 利用者の障害特性に応じ、最善のコミュニケーションや意思伝達ができるような手法で対応している。ジェスチャーや手作り絵カードを用い、状況に応じてコミュニケーションが取れるよう、常にツール等を見直している。時には複数の選択肢を提示し、意思表示がしやすいよう工夫している。			

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。	障50	①・b・c
<コメント> 利用者から話を聞いて欲しいといわれた時には、作業や活動の途中でも時間を作るように心掛けている。対人関係に関する相談があれば、職員が利用者同士の中を取り持つなど、さりげなく介入の支援をすることもある。相談内容によっては、個別支援計画に反映させている。			
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。	障51	①・b・c
<コメント> 利用者個々の希望に沿い、いくつかの作業から希望に応じて選べるようにしている。創作デイの日には、利用者が興味のある活動ができるように情報提供を行い、自治会などで自分たちで決めた活動を実施したり、土曜日の余暇活動の実施など、多彩なメニューが用意されている。			
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。	障52	①・b・c
<コメント> 職員会議の中で、障害に関する基礎知識を学ぶ機会を設けて知識を深めている。作業班別会議では、支援方法の検討や課題を話し合い、利用者の状況に合わせて生活環境を改善し、適切な支援ができるよう見直しを行っている。			

A-2-(2) 日常的な生活支援		
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。	障53	① a . b . c
<コメント> 自治会で利用者が食べたいもののリクエストを聞き、それを献立に反映させて昼食の充実を図っている。ドレッシング選択の日や、季節に合わせた行事食なども取り入れている。車いすを使っている利用者や行動に不安のある利用者へも、状況に合わせた支援を行っている。		
A-2-(3) 生活環境		
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。	障54	① a . b . c
<コメント> 作業環境の改善については、利用者からの声と職員の視点で挙がってきた課題を、早期に改善している。利用者が不満を溜めず、安心・安全に過ごしてもらえる環境を提供するために、職員が気づかなかった利用者からの声に耳を傾けることを大切にしている。		
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練		
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。	障55	① a . b . c
<コメント> 日常の活動の中で挙がってくる課題の解決に向けて、看護師などの医療専門職の助言を参考に、機能訓練や生活訓練を個別支援計画に盛り込んでいる。療育を取り入れた刺激のある活動、作業を通したスキルアップなど、利用者の状況に応じた機能訓練・生活訓練を実施している。		
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援		
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。	障56	① a . b . c
<コメント> 毎朝の検温、排泄の状況を把握し、体調不良時には家族等に連絡して適切な治療が受けられるようにしている。毎年健康診断を実施して心身の状況を把握し、検査結果によっては看護師を通じて家族等への説明を行い、生活改善等に取り組むよう努めている。		
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。	障57	① a . b . c
<コメント> 看護師が配薬を行い、昼食時の服薬管理は担当職員が行っている。医療的な支援は看護職員が行い、職員は、利用者の活動の様子や家族からの連絡帳で体調の把握をしている。医療的支援が適切に行えるよう、生活支援員と医療職とが連携して対応する手順や管理体制が整っている。		
A-2-(6) 社会参加、学習支援		
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。	障58	① a . b . c
<コメント> 作業を通して地域のバザーに参加したり、パンの販売で市役所や企業に出向くなど、利用者が積極的に事業所外での活動に参加し、地域とのつながりを持てるよう取り組んでいる。その中から、新たな希望や意欲が生まれるような動機づけの支援をしている。		
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援		
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。	障59	① a . b . c
<コメント> 一人暮らしをしたい、地域での生活を続けたい、という利用者からの相談を受けとめ、家族や相談支援専門員、後見人等と連携して実現に向けて取り組んでいる。日中活動でも、地域生活を意識した支援を個別支援計画に盛り込んだり、利用者自身が課題に気づくための働きかけを行っている。		

A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援		
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。	障60	㉑ ・ b ・ c
<コメント> コロナ禍で中断していた家族会を再開し、これまでの連絡ノートや送迎時の短い時間でのやりとりだけでなく、十分に意見交換ができる場を設けている。利用者の高齢化に伴い、家族の高齢化も課題になっているため、家族からの悩みにも真摯に対応しながら、それぞれの家族の状況に合わせた支援に努めている。		
A-3 発達支援		
		第三者評価結果
A-3-(1) 発達支援		
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。	障61	a ・ b ・ c
<コメント> 非該当		

#### A-4 就労支援

		第三者評価結果
A-4-(1) 就労支援		
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。	障62	a ・ ㉒ ・ c
<コメント> 現在は就職を希望している利用者はいないが、施設外での販売業務の中でビジネスマナー等を学ぶ機会があり、働く力の向上につながっている。かいこカフェを開く際には広報誌などに載せ、地元企業などに積極的に働きかけ、利用者の働く場の開拓に努めている。一般就労等に向け、利用者の意識を醸成する取組みを期待したい。		
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。	障63	㉑ ・ b ・ c
<コメント> 利用者の工賃（給料）に関し、能力給の評価基準があり、3ヶ月毎に能力評価をする会議で決定する仕組みになっている。利用者にもその仕組みを説明しており、工賃を渡す際に勤労意欲が向上するよう働きかけている。仕事の幅を広げるなど、工賃アップをするためにはどうしたらよいかを分かりやすく伝えている。		
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。	障64	a ・ ㉒ ・ c
<コメント> 今の仕事に満足している利用者が多く、就職を希望する人がいないため、受注先の開拓にとどまっている。これまではハローワークとの連携や企業とのマッチングを行っていたが、現在はそれが中断している。希望者がいない時でも利用者への働きかけは継続していくことが求められる。		