

## 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：あじさい	種別：就労継続B型・生活介護	
代表者氏名：松坂 慎吾	定員（利用人数）：60名（54名）	
所在地：愛知県東海市加木屋町鎌吉良根78番地		
TEL：0562-34-9200		
ホームページ： <a href="https://satsuki-swc.org">https://satsuki-swc.org</a>		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：平成18年 4月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 さつき福祉会		
職員数	常勤職員：12名	非常勤職員：17名
専門職員	（管理者）1名	（主任）1名
	（事務職員）1名	（社会福祉士）1名
	（介護福祉士）3名	（看護師）2名
施設・設備の概要	（居室数）	（設備等） 食堂・洗面所・便所
		相談室・医務室・会議室

### ③理念・基本方針

#### ★理念

「安心と笑顔」

#### ★基本方針

1. 利用者の意思や人権を尊重し、利用者とその家族が笑顔に満ち、地域で安心した生活ができるように支援します。
2. 地域の皆様とともに、心のバリアフリーに向けた取り組みを行います。
3. 職員に対してスキルアップを図る機会を提供するとともに、安心して働き続けることができる環境をつくりまします。

#### ④施設・事業所の特徴的な取組

##### 【生活介護】

個々の利用者が好まれる活動を把握したうえで、利用者1人1人に活動プログラムを提供している。季節ごとの企画（七夕会、クリスマス会、節分など）も職員が考え、利用者が楽しく参加できるようにしている。

##### 【就労継続B型】

自主製品として「みたらし団子」「ふところもち」の製造を開所当時から行なっている。イベントでの出店、スーパー等の店舗での委託販売などで認知度も広がり、「ふところもち」においては年齢問わず好評をいただいている商品となっている。

##### 【イベント】

「体験外出」…外出先を利用者さん自身に選択していただく  
「あじフェス」…地域の方にも参加していただく事業所全体でのイベント

#### ⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 5年 5月15日（契約日）～ 令和 6年 3月28日（評価決定日）  【令和 5年11月21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

##### ◆管理者、職員の改善意識

前回（令和30年度）の第三者評価の受審において、「理念（安心と笑顔）の具現化の必要性」を痛感し、職員の発案で、作業室等に利用者の笑顔の顔写真を掲示することとした。現管理者は、2年前の着任であるが、新しい利用者の顔写真が掲示されていないことに気づき、急遽足りない顔写真の追加掲示を行った。この事例に限らず、課題を見つけるや否や即座に改善や改革に取り組む事業所（管理者、職員）の改善意識の高さを高く評価したい。

##### ◆意識格差の無い職員集団

多くの事業所において、正規職員と非正規職員との意識の格差が課題となっている。担当する業務の重要性や責任の大きさ、研修参加の頻度の差が、意識の格差を生む原因となっている。しかし、当事業所においては、それが微塵も感じられない。パート職員同士が協力し、助け合って責任ある業務をこなしている。すべての職員の意見が同等に扱われ、その中で最良・最適な意見を採用しようとする風土がある。正規職員は1度の職員会議で用を足すが、勤務形態がまちまちの非正規職員のために、パート会議は何回にも分けて実施される。研修に関しても、職員誰もが参加できるオンラインのサポーターズカレッジを導入し、年間4回、事業所の職員全員を対象とした研修が組まれている。

##### ◆パブリシティ（メディアによる宣伝）の効用

B型事業所が運営する自主製品の販売所を使い、利用者の作品展が開かれた。事前に新聞の記事として取り上げられたため、多くの来場者があった。利用者にとっては、自分たちの取組みがメディアで紹介されたことの誇りや、地域の多くの人たちが作品を見に来てくれたことに満足感を覚え、自己肯定感を醸成する機会となった。

##### ◆苦情情報の公表

苦情解決の仕組みを構築し、「苦情解決規程」が整備されている。「重要事項説明書」への記載とともに、事業所内に掲示が行われている。苦情内容及び解決結果が、ホームページの中の「皆様からのご意見」のコーナーで公開されている。

◇改善を求められる点

◆文書化の遅れ

事業運営や利用者支援を適切かつ円滑に行うために必要な手順が明確になっていないケースが散見された。例示すれば、事業運営に関しては、事業計画の作成や見直し、実習生やボランティアの受入れ等の手順のマニュアル化に不備がある。利用者支援においては、標準的な実施方法を定めたマニュアル類について、見直しのためのルールがない。個別支援計画の作成や見直しの方法に関しても、経験や知識の豊富な職員の経験を活かして行われており、個別支援計画の作成や見直しの手順を示すマニュアルは存在しない。

◆内部牽制の仕組みづくり

全国的に、不適切な支援等、利用者の権利侵害の事例が報道され、社会問題化している。加えて、金銭に関する不祥事も後を絶たない。当事業所において、必要な物品の購入は「物品購入伺書」を介して行われ、決裁者は管理者である。そして、実際に現金を扱う出納責任者も管理者となっている。金銭にまつわる不祥事を未然に防ぐためにも、管理者の決裁権と出納責任者の役務を2名に分ち、内部牽制の働く仕組みとすることが望ましい。

◆更衣室の施錠

事業所内は、車いすでもゆとりをもって移動することができる広い廊下やトイレ、活動空間となっている。休憩時間の過ごし方も、選択のできる環境がつけられている。不穏な状態になったときにリフレッシュのために活用できる部屋もある。しかし、日中、利用者の更衣室が施錠され、自由に出入りできない環境となっている。施錠は防犯の目的もあるが、行動を制限する身体拘束にも該当する。身体拘束適正化委員会の検討テーマとすることが望ましい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

この度は第三者評価をしていただきありがとうございました。運営面において評価の高い点として挙げていただきましたが、今後も職員のスキルアップを図りながら、利用者支援の質の向上をしていきたいと思っております。また、改善点としてはマニュアルの不十分さ、利用者の権利に対してのさらなる配慮を事業所として構築していきたいと考えております。

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	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 「安心と笑顔」が、法人と事業所の共通した理念である。前回の第三者評価受審での気付きである「理念の具現化の必要性」を实践し、作業室等に利用者の笑顔の顔写真を掲示している。顔写真に加え、利用者の「一言」のコメントも付け加えている。			

##### 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	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 市の自立支援協議会に参加して地域の福祉動向を把握し、共通した課題等の検討に加わっている。法人の相談支援事業所が事務局を務めており、連携して情報を早く取得できることで、事業運営に様々なメリットがある。法人内の会議として、月に2回の経営合同会議があり、理事長も参加する。毎月開催される施設長会議では、幅広い情報の共有が図られている。			
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	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 喫緊の課題として「人材育成」と「利用者・保護者の高齢化」を挙げている。「人材育成」は、特に勤続年数の短い職員の戦力化を目指している。正規職員に関しては、目標管理制度に沿った年間3回の面談の機会に、職員の意見や要望を聞き取っている。非正規職員については、毎秋に次年度の就労意向を確認する面談を行っている。高齢化対策として、他法人を含む異業種との連携強化を考えている。			

##### 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。	障4	a ・ Ⓑ ・ c
<コメント> 中長期事業計画として「5年後ビジョン」を策定しているが、努力目標になっており具体性に欠ける。経営合同会議に提出する資料の中には、詳細な内容が含まれているが、「5年後ビジョン」にも同様の内容を記載し、職員間に共通した情報の意識形成を図られたい。			
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 ・ Ⓑ ・ c
<コメント> 前年度の事業報告を受け、単年度の事業計画を作成している。就労継続支援B型事業に関しては、収入に関わる部分のみ目標金額が設定されている。その他の活動や取組みについては項目の羅列に留まり、数値目標や具体的な到達点は設定されていない。生活介護事業に関しても同様である。期中の進捗評価や年度末の最終評価を曖昧にしないためにも、数値目標や具体的な到達点を設定することが望まれる。			

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	a ・ ㉑ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画に数値目標が設定されていないことから、評価・見直しは曖昧にならざるを得ない状況である。事業計画の作成、期中の見直し、最終評価としての事業報告の作成等に関し、より多くの職員が参画することを前提に、実施方法の仕組みを構築することが望ましい。</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	㉒ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画に目標数値が掲げられているB型事業に関しては、利用者の工賃にも係る事項であり、利用者の関心を引いている。事業所が運営する販売所で作品展を行ったが、事前に新聞記事に取り上げられたこともあり、利用者、家族から大きな反響があった。管理者は、今後もパブリシティ（メディアによる宣伝）を活用して利用者のモチベーションの維持・向上を図る方針である。</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	a ・ ㉓ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>理念「安心と笑顔」の具現として、利用者の笑顔の写真展示は評価に値する。第三者評価を定期的に受審し、今回が3回目の受審である。職員は、自己評価として利用者の権利擁護に関する自己チェックを行っているが、支援の全般にわたって評価・振返りを行うことを期待したい。</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	㉔ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の笑顔の写真の掲示が更新されず、新しい利用者の顔写真が掲示されていないことに気づいた。即座に対応し、現在ではすべての利用者の笑顔が壁面を飾っている。今後は、思い付きでなく、組織的・計画的に改善活動を進めることが望ましい。</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	ⓑ · c
<コメント> 「運営規程」や「組織職務分掌規程」に管理者の役割や責任が明示してある。ただ、管理者不在時の災害等の発生の際に、管理者の役割や権限が誰に委任されるのかを明確に示した文書がない。少なくとも、「運営規程」か「組織職務分掌規程」のどちらかに明文化することが求められる。			
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	ⓐ	· b · c
<コメント> 事業運営に関わる関連法規の改廃があれば、法人本部から情報が入る仕組みがある。必要に応じ、正規職員には終礼やミーティングを利用して伝えている。非正規職員に関しては、全員が一堂に会する機会はないので、パート会議を分散して開催して伝えている。さらに、回覧を回して周知徹底している。			
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	ⓐ	· b · c
<コメント> コロナ感染症の5類移行に伴い、これまでの制約が少しずつ取り払われ、利用者にも楽しみな時間が戻ってきた。コロナ禍によってテイクアウト方式で対応していた外出イベントの外出が、元の姿に戻った。新聞で報道された作品展は大盛況となった。「あじフェス」が以前と同様に開催され、地元小学校の特別支援学級からも生徒15名と教師8名が参加し、ゲームや焼き芋を楽しんだ。			
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	a	· ⓑ · c
<コメント> 業務効率の改善に切り札的に導入されたICT化が、思い通りに進んでいない。法人本部との連携により、計画的に推進する必要がある。諸物価の高騰により、B型事業にも懸念材料が出てきている。施設内作業としての食品製造、施設外作業としての公園内売店販売が、B型事業の収入の大きなウエイトを占めるが、それらの基となる原材料費の高止まりが課題として浮上してきた。			

### 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	ⓐ	· b · c
<コメント> 法人本部が職員採用の主管部所となり、各事業所の要請を集約して採用計画を立てている。事業所における職員雇用は安定しており、昨年度、今年度（11月現在）ともに、離職者は非正規職員1名のみである。管理者は、良好な定着率の背景に非正規職員相互の助け合いがあると分析している。正規、非正規に関係することなく、職員の意見や要望を平等に取り入れている。			
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	a	· ⓑ · c
<コメント> キャリアパスに沿った人事基準があり、「スキル確認シート」による人事考課制度や「スキルアップ計画書」を使った目標管理制度が運用されている。目標管理制度は、管理者との年間3回の面談（目標設定、進捗確認、最終評価）を柱としている。課題は、人事考課や目標管理の結果が、適正に処遇に反映されていない点である。			
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	ⓐ	· b · c
<コメント> 定着率がよく、職員雇用は安定している。月単位の変形労働時間制をとっていることもあり、無駄な時間外労働はほとんどなく、職員の月平均時間外労働は2時間程度である。職員対象のストレスチェックやメンタルチェックの結果に関しても、特段の問題点があるわけではない。非正規職員の協力的な体制も整っており、職員にとっての働きやすい職場が実現している。			

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> 「スキルアップ計画書」を使って、目標管理制度を運用している。期首に目標設定の面談を、期中には進捗確認の面談を、年度末には最終評価の面談を、都合3回制度化している。しかし、度重なる様式の変更があったり、年間3回の面談がルール通りに実施されない等の問題点もある。目標管理の結果（達成度）が人事考課や処遇に反映されないという点にも、課題が潜む。		
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> 法人が主導する研修はテーマ別研修が多く、受講した職員が提出する報告書は理事長にまで届く。事業所では、内部研修や外部研修に加え、の受講を推奨している。受講に際しての日にちや時間の制約がなく、多くの職員が受講している。課題は、受講後に提出される報告書にアクションプランの記述はあるものの、アクションプランの実践の検証が実施されていない。		
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> 年間に4日間ではあるが、半日だけ利用者の受入れを行う日があり、その日の午後を職員研修に使っている。正規職員だけでなく嘱託職員やパート職員も参加することで、事業所全体の知識の共有が図られている。オンライン研修のサポーターズカレッジに関しても、事業所の全職員が受講対象である。		
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> 実習生の受入れには積極的に取り組み、今年度は社会福祉士実習生4名、教員免許取得のための体験実習生18名、看護師実習生23名を受け入れている。しかし、実習生を適切に受け入れるためのマニュアルが作成されていなかった。実習生を受け入れる意義や目的を明確にしたマニュアルの整備を急がりたい。		

### 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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> ホームページを活用し、法人情報や事業所の詳細を公開している。事業所のホームページの中に「皆様からのご意見」のページがあり、受け付け他解決を図った苦情の詳細を掲示している。このコーナーで、前年度（令和4年度）に対応したの苦情2件が公開されている。		
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	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> 事業所における現金の管理は、10万円を限度とする小口現金制で行われている。必要な物品の購入にあたっては、「物品購入伺書」を介して行われ、決裁者は管理者である。そして、実際に現金を扱う出納責任者も管理者となっている。管理者の決裁権と出納責任者の役務を2名に分ち、内部牽制の働く仕組みとすることが望ましい。		

### 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> 事業計画の冒頭に、「事業目標」として地域との関わりの方向性を記載している。その内容は、生活介護事業においては地域の小学校の特別支援学級との交流や、B型事業所直営の売店を使っての作品展の開催である。B型事業においては、地域を対象とした自主製品（ふとこ餅、みたらし団子等の食品）の製造や、その自主製品を販売するための直営販売所の運営等である。		

<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。</p>	障24	a ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;          コロナ禍で中断していたボランティアの受入れが再開されようとしている。外部のボランティア講師による茶道教室、ダンス教室、体操教室も再開の目途が立っている。しかし、ボランティアを受け入れるためのマニュアルの整備状態が十分とは言い難い。マニュアルの見直しを行い、分かりやすく使いやすいマニュアルとすることが望まれる。</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	㉑ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;          市が刊行した「東海市事業所ガイドブック」があり、これを社会資源のリストとして活用している。B型事業では、地域内に多数の取引先（仕入れ先、納入先等）があり、これらについても適切な管理が行われている。</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	㉑ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;          市の自立支援協議会の就労支援事業所連絡会に参加し、地域の福祉ニーズの把握に努めている。法人の相談支援事業所からも、有益な地域の情報を得ている。また、法人内の経営合同会議（月に2回）や施設長会議（月に1回）で、地域の福祉ニーズに関する情報の共有が図られている。</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	㉑ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;          通所にあたっての送迎サービスのニーズが高く、現在4割近い利用者が事業所の送迎サービスを利用している。事業所が、市の福祉避難所として登録されている。地域に福祉系の大学があり、その学生に車いすの正しい扱い方などを指導している。</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	a	ⓑ	c
<コメント> 新規採用者等に対し、動画を活用した研修が行われている。利用者主体の考え方を事業所の各部屋に掲示し、利用者にも理解がしやすくなるよう、絵や写真を活用して周知している。組織としての基本的価値観の共有に取り組んでいるが、標準的な支援を明文化して、より機能的にすることが望ましい。				
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
<コメント> プライバシーの保護に関しては、「契約書」や「重要事項説明書」に記載することにより、職員意識の共有だけでなく、家族への説明、同意となっている。定期的な周知、確認の機会を持ち、理解共有の浸透を図りたい。マニュアルが作成されているが、定期的な確認・見直しと更新を行うことにより、実情に合ったもの(生きたマニュアル)になる。				
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
<コメント> 法人のホームページ内の事業所紹介、及びパンフレットにて情報の発信、提供が行われている。不定期ではあるが、市・社会福祉協議会、各種学校(教育機関)、地域のイベント等で周知の機会がある。最終の更新が約3年前ということで、現状とは異なる部分が残っている。情報提供に際しては、提供ツールの内容を最新の状態にしておくことが求められる。				
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
<コメント> 利用者へのサービス内容の説明は、文書だけではなく、視覚的な情報も加えて伝達している。「重要事項説明書」の内容変更時の書類が適切に保存されている。事業所側の説明や取組みプロセスに関しては、職員から聞き取ることができたが、文書等でプロセスの確認ができるものが見あたらなかった。意思決定の過程の見える化を行うことが期待される。				
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
<コメント> 事業所変更にあたっては、相談支援事業所と連携し、事例の発生時に都度対応している。利用者個々の支援経過の共有、協力を随時行っている。朝礼や終礼にて、口頭伝達や事業所内「連絡ノート」を活用し、連携や情報の記載がみられる。管理者や主任が窓口になっていることが暗黙の了解となっているが、窓口や役割を明文化し、それを職員周知することが望ましい。				
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	a	ⓑ	c
<コメント> 1年に1回、利用者と個別面談を行い、ニーズ把握を行う機会としている。利用者自治会の構想があったが、職員の誘導による会運営になる懸念があり実現しなかった。保護者会があったが、1年前に消滅した。現在は法人の呼びかけによる年に2回の任意の集まりを開催している。面談等でニーズの聴き取りが行われているが、分析や検討の仕組みを整備することが期待される。				
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	Ⓐ	b	c
<コメント> 苦情解決の仕組みを構築し、「重要事項説明書」への記載とともに、苦情解決の規程が整備されている。事業所内に意見箱が設置され、各部屋に掲示が行われている。苦情内容及び解決結果が、ホームページで公開されている。				

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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>意見箱の設置と、「いつでも相談してください」との内容が、各部屋に掲示されている。相談内容や相談者の希望により個室や半個室の選択肢が提案され、希望に応じた活用ができるよう、利用者本位の環境づくりが行われている。</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 ・ ② ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>意見箱を設置し、随時、意見を聴く姿勢の共有が行われている。必要に応じて、各作業室での共有、朝礼や終礼の機会、職員会議等にて随時報告が行われている。また、作業室ごとの「共有ノート」への記載にて周知が行われているが、記録、報告、検討についての手順を定めたマニュアル等の文書化は未整備である。</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	a ・ ③ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の安心・安全を担保するためのマニュアルが存在するが、形骸化しており、その時々状況に応じた対応がとられている。担当者レベルでの話し合いを行い、回覧等にて周知が行われている。会議開催や会議録の整備、マニュアルの見直し、実行に向けての取組みに期待したい。</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 ・ ④ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>感染症対策として、法人全体の方向性や見解が共有され、利用者、家族、職員向けに案内されている。感染症発生時の責任や役割は、管理者、主任が担うという暗黙の了解がある。定期的な開催ではないが、研修を行って知識の習得、予防の取組が行われている。組織内の体制を明確にされたい。</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している。	障39	a ・ ⑤ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事務所内に「体制シート」が掲示され、職員は常に役割の確認ができるようになっている。市から、地域の福祉避難所の指定を受けている。食堂内にて、事業所独自の備蓄を行っており、管理者が責任者となっている。大規模災害を想定し、地域の団体との合同訓練や災害時の連携体制の構築に取り組むことが望ましい。</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	a ・ ⑥ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>標準的な実施方法については、「重要事項説明書」に大きな枠組みでの記載がされている。「重要事項説明書」から読み取ることはできそうだが、より具体化された実施方法や姿勢を表現できるものがあると、職員周知や確認が行いやすくなる。</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	a ・ ⑦ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員会議や日常の事例から、改善の取組が行われている。標準的な実施方法の定期的な検証の時期、手法の仕組みを明文化することを期待したい。</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	a ・ ㉑ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービス管理責任者の責任の下、担当職員との話し合いが行われている。明文化された個別支援会議のプロセスはないが、「情報シート」と「アセスメントシート」が分けて作成されている。職員全体の共有とアセスメントシートの清書修正が2～3年に1回程度になっており、随時の赤文字にて追記、修正となっている。そのため、見やすさの点で課題が残る。</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	a ・ ㉑ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画を基にして日々の記録の確認を行い、利用者の意向や特性のアセスメントが行われ、定期的な見直しが行われている。見直しに伴う組織的な仕組み、手順を示すフローチャート、仕組み等は、職員の経験による頭の中に存在している。個別支援計画が当事者の課題に偏っており、事業所や社会的な課題の記載も必要となる。</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	a ・ ㉑ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員間で様式の共有が行われ、個別支援計画に基づく記録が作成されている。1週間単位で1枚のシートで確認ができるようになっている。記録の手法や支援技術の指導は、随時の口頭指導で行われている。伝達確認の機会が設けられているが、不十分と感じている職員もいる。手書きの文化が残っており、業務効率を高めるためのデジタル化の更なる推進を検討することが望まれる。</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	㉒ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>記録の保存管理の規程が整備され、書庫等にて管理が行われている。事務所内のドアは内側からの開錠構造となっており、関係者以外への入室はできない。個人情報の漏洩は、起こりにくいシステムになっている。情報のデジタル化が徐々に進んでおり、情報の管理体制は確立に向かっている。</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	a ・ ㉑ ・ c
<コメント> 事業所全体に、「聴くこと」を大切にする環境がつけられている。利用者一人ひとりに合わせた支援が必要とされていることと、集団生活における周囲との「折り合い」へのジレンマに向き合っている。個別支援計画に記載されている事柄に取り組むことで、「本人中心」や「社会モデルの実践」に向けて取り組んでいるが、道半ばの状態である。			

### 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	a ・ ㉑ ・ c
<コメント> 動画視聴等を含めた職員研修の機会がつけられている。権利擁護に関する規程の整備が行われている。虐待防止委員会や身体拘束適正化委員会の仕組みがあるが、有事における手続き、検討の機会、解決までの仕組みの共有が不十分となっている。口頭の伝達に頼ることなく、規程やマニュアルによって視覚化を図ることが求められる。			

### 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	a ・ ㉑ ・ c
<コメント> 相談支援事業所と協力し、各方面からの課題に対して一緒に考えている。支援会議の記録が、個別ファイルにて確認できる。当事者の「できること」の活用を基本としているが、「急いでいる時」に職員が先回りすることや一方的な介助の場面がある。職員間で、ケースの共有は行われている。			
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	㉑ ・ b ・ c
<コメント> アセスメントを参考にした情報提供、意思確認が行われている。見通しや情報を視覚的に伝達することは、「ふつうのこと」となっている。家族などの関係者から情報を得て、生活歴や背景等の理解に取り組んでいる。「最終の決定は本人」を基本としている。代行決定は最終の手段と考えられている。			

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	a ・ ㉑ ・ c
<コメント> 「意思決定の支援ガイドライン」が存在することを理解しているが、全体での共有、実行には至っていない。「いつでも相談してください」を掲示し、実行している。日々の支援記録、定期的な面談の内容を確認し、「事業所でできること」が検討されている。			
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	㉑ ・ b ・ c
<コメント> 個別支援計画に基づいて支援記録が記入されている。合理的配慮が行われ、活動の情報提供の中から選択ができるようになっている。活動グループごとの検討、終礼時の報告の機会があり、軽微な支援変更についても報告が行われている。			
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	a ・ ㉑ ・ c
<コメント> 利用者の障害特性に合った支援を行うため、初任者、中堅職員と、それぞれの経験年数に応じた研修の仕組みを構築中である。興味関心のあることへの情報を得ることができるよう、動画講座の視聴を自由に行うことのできる環境がつけられている。「もっとできることがあるのではないか?」と、高い意識を持っている職員もいる。			

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 ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>食事は、外部委託ではあるが、利用者個々の食べやすい形態に調理して供されている。1年に1回、食事アンケートを行い、外部の委託先に伝達し、利用者の好みや反映されるように意見交換を行っている。アセスメント及び当日の気分や体調に合わせた支援が行われている。</p>		
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	a ・ ② ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>日常的に清掃が行われており、事業所内は清潔な環境がある。車いすでもゆとりをもって移動することができる広い廊下やトイレ、活動空間となっている。休憩時間の過ごし方も、選択のできる環境がつけられている。不穏な状態になったときにリフレッシュのために活用できる部屋がある。日中、更衣室が施錠され、自由に入出りできない環境となっており、工夫の余地がある。</p>		
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	a ・ ③ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>家庭や相談支援専門員からの情報、医者の指示情報を得て支援が行われている。生活の動線の中で動く機会をつくるよう、意図的な環境づくりが行われている。事業所内で、PT（理学療法士）やOT（作業療法士）等の専門職を配置するか、または、定期的な訪問機会の体制をつくるのが望ましい。</p>		
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	④ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>1年に1回、定期的に健康診断が行われている。また、嘱託医に助言や診察を受けることができる連携体制がある。非常勤2名の看護師が勤務しており、助言の機会や相談のできる環境がある。感染症等の研修機会が設けられている。</p>		
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	a ・ ⑤ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>看護師資格を持つ職員により、利用者ごとに医務室で服薬管理の支援が行われている。医療の情報は保護者からの連絡や聴き取りが行われ、「アセスメント表」に記載して管理している。看護師による医療品の管理が行われているが、定期的なチェックリストや規程に沿った管理記録、資料の確認ができなかった。</p>		
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	a ・ ⑥ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者個別の希望や意見を聴くことを行っているが、事業所の行事やイベントの範囲にとどまっている。行政と話し合いを行い、法人外の事業所と合同で行う活動が取り入れられている。しかし、コロナ感染症等への感染予防が優先され、個別ニーズで把握した参加や体験の実現には至っていない。</p>		
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	a ・ ⑦ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域情報の掲示や配付が行われ、展示会を開催するなど、法人内にだけでなく地域との協力が行われている。コロナ禍の影響が残り、地域と協働する範囲は定例の事柄の範囲となっている。地域の社会資源活用の体験から、意思形成や意思表示に向けた、さらなる取組みを行い、利用者満足度を高められたい。</p>		

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	a ・ ㉑ ・ c
<コメント> 誕生日月に1回1時間をベースとして(延長もできる環境を整え)、家族との意見交換、情報共有が行われている。家族支援については、相談支援事業の仕組みを活用し、連携がとられている。体調の変化や緊急性のある事柄については、管理者による随時の判断となっており、報告、連絡のルールは未整備である。		
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	㉒ ・ b ・ c
<コメント> 自主作業や内職作業を準備し、利用者の障害特性に合わせた作業の提案が行われている。働くことと賃金、生活のつながりが深まるよう、柔軟に作業グループが構成されている。自主製品の販売先への納品、地域イベントに出品する取組みが行われている。過去には一般企業への就職者もあり、福祉的就労に留まらない実績がある。		
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	㉒ ・ b ・ c
<コメント> 作業工程の切分けを行い、「アセスメントシート」を基に分業にて得意なことを活用し、仕事に参加できるよう工夫している。また、「できる」、「できない」の能力や技術に捉われることなく、「働きたい」の価値観が尊重されている。能力評価が時給に反映される仕組みがある。		
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 ・ ㉑ ・ c
<コメント> 行政からの委託、地元の店舗やイベントへの参加を通して自主製品の販売を行い、販路の拡大が行われている。就職の希望があったときには、全面的に協力を行うことが共有され、就職後のサポートが現在も行われている。窓口担当者や役割の文書化を行い、利用者への周知共有を図ることを期待したい。		