

## 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：ステップ                       | 種別：就労継続支援B型、就労移行支援 |               |
| 代表者氏名：大川 哲弥                   | 定員（利用人数）：40名（36名）  |               |
| 所在地：愛知県一宮市明地字上平35番地1          |                    |               |
| TEL：0586-68-1207              |                    |               |
| ホームページ：http://www.kasinoki.jp |                    |               |
| 【施設・事業所の概要】                   |                    |               |
| 開設年月日：平成18年11月 1日             |                    |               |
| 経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 檉の木福祉会 |                    |               |
| 職員数                           | 常勤職員：8名            | 非常勤職員：19名     |
| 専門職員                          | （管理者）1名            | （サービス管理責任者）1名 |
|                               | （職業指導員）9名          | （生活支援員）8名     |
|                               | （目標工賃達成指導員）2名      | （就労定着支援員）1名   |
|                               | （調理員）4名            | （就労支援員）1名     |
| 施設・設備の概要                      | （居室数）              | （設備等）作業室・相談室  |
|                               |                    | 休憩室・更衣室・事務所   |

### ③理念・基本方針

#### ★理念

##### ・法人

人は皆、ひとりひとりに「違い」があります。その「違い」は、その人全体の価値を決めるようなことではありません。しかし、その「違い」はその人がそのひとらしく生きていくうえで、「障害」となることが多くあります。私たちは、「障害」がその人にあるのではなく、その人が生きる社会にあるのだと考えています。

私たちは、どんなに大きな「違い」があろうとも、その「違い」を認め、それぞれの自己実現を尊重し、できる限り楽しく、豊かに生きていけるための活動を行います。その活動を通して「人が人を理解する」ということの意味を考え続け、どんな人も受け入れて行き、共に生きる地域づくりを目指します。

##### ・施設・事業所

一人ひとりに寄り添いながら 多様な働き方を提案する

#### ★基本方針

その人らしいライフスタイルの応援と一人ひとりに適した働き方をサポートします

#### ④施設・事業所の特徴的な取組

・就労移行、就労継続B型、就労定着支援と障害者の就労支援に特化した事業所である。利用者の希望する作業活動が行えるよう、内職作業のほか、花苗の育種や販売を行っている「さいた」、パンの製造販売を行っている「わがんせ」のほか、施設外就労など様々な作業活動を用意している。一般就労された方に対しても定期的に支援が必要な方に対しては就労定着支援の提案を行い利用につなげ、安定した就労が継続できるようにしている。

・地域に対しては、「さいた」「わがんせ」それぞれが店舗を構え、地域に向けた交流が行われている。またこの活動を通じ、地域のイベントからの依頼や協力をお願いされることがあり、協力をしている。また隣の交番に「さいた」で育てた花の寄せ植えを置かせてもらい、地域の方にも見ていただく取り組みをしている。

#### ⑤第三者評価の受審状況

|                   |                                                                                       |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 評価実施期間            | 令和 4 年 5 月 2 5 日（契約日） ～<br>令和 4 年 3 月 1 8 日（評価決定日）<br><br>【 令和 4 年 11 月 24 日（訪問調査日） 】 |
| 受審回数<br>（前回の受審時期） | 5 回 （平成 3 0 年度）                                                                       |

#### ⑥総評

##### ◇特に評価の高い点

##### ◆地域との多様な関わり

自主製品の販売等を通じての関わり、施設として社会資源の一つとしての関わりなど、多くの点で地域住民との関わりが強い。

##### ◆多種多様な作業の用意

利用者への様々な仕事が用意され、利用者が安心して仕事ができる環境がある。視覚的な工夫や治具等も障害特性に合わせて考えられているなど、専門性も高い。

##### ◆充実した研修体制

正規職員だけでなく非常勤も含めた研修体制が充実しており、法人全体の取り組みも合わせて環境が整っている。

##### ◆充実した就労支援体制

利用者と共に作業に対する目標を設定し、工賃向上に向けた課題の提示など、利用者と職員とが二人三脚で取り組む姿勢がある。就労についても就労継続支援B型事業でありながらも、一般就労に繋げるなど、事業所の強みが発揮されている。

##### ◇改善を求められる点

##### ◆事業計画に数値目標の設定

中・長期計画及び単年度の事業計画において、数値目標や具体的な到達点の設定がないため、期中の進捗評価や期末の終了時評価が曖昧になっている。可能な限り、数値目標等を明確にして取り組むことが望ましい。

##### ◆満足度調査の実施方法

満足度調査の実施にあたって、保護者と利用者が同じアンケート用紙を使っている。それぞれの満足度を測る仕組みの構築が望ましい。また、利用者が取り組む作業に関する満足度を測る項目が設定されておらず、アンケート内容に関して検討を要す。

◆災害・安全対策

大規模災害を想定して、地域の住民や社会資源(学校・児童館等)との連携の強化が課題である。また、地域貢献及び利用者の安心・安全のためにも、AEDの設置が期待される。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回の評価では就労支援に取り組んでいる内容について、改めて事業所としての強みを確認することができた。職員研修についても評価をいただいたことや、利用者の方や保護者の方に対して行ったアンケートについても支持的な評価が多かったので、職員のモチベーションにつながると捉えている。

評価で指摘を受けた部分については、マニュアルに対して職員の理解と周知方法に対する指摘や利用者の方や保護者の方に実施した満足度調査について、就労支援事業所としての内容の強化についてアドバイスをいただいたので、次年度に向けて内容の調整をしたいと思う。

同法人内で職員の福利厚生への認識にバラつきがあると指摘を受けたので、法人内の会議を通じ、照らし合わせを行う必要性を感じた。

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 | ① ・ b ・ c |
| <コメント><br>法人の理念及び基本方針が明文化され、ホームページやパンフレットに記載されている。職員へは職員会議において周知が図られ、職員個人の名刺にも理念を記載している。家族へは保護者会において説明し、十分な周知が図られている。 |    |           |

##### 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 | ① ・ b ・ c |
| <コメント><br>地域の課題については、法人の管理者会議及び日中活動支援部会において情報共有と課題分析を行い、法人の事業運営に反映させている。事業所の利用率等の分析を毎月行い、法人内の管理者会議において議論し、継続的に課題解決に取り組んでいる。 |    |           |
| 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 | ① ・ b ・ c |
| <コメント><br>現在の事業所の課題としては、利用者の工賃向上が挙げられている。「わがんせ」事業所で販売しているパンの売上がコロナ禍によって不振であったが、利益率の分析を行うことにより、安定した工賃を維持することができるようになった。      |    |           |

##### 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 ・ ① ・ c |
| <コメント><br>法人により令和3年度から5年間の中・長期計画を策定している。経営課題、重点実施項目、実行計画のスケジュールを作成し、具体的な内容となっている。数値目標や中・長期の収支計画については、中・長期計画書への記載がないため、今後の検討に期待したい。 |    |           |
| 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 ・ ① ・ c |
| <コメント><br>中・長期計画に基づき、単年度の事業計画を策定している。数値目標の設定がないために、期中での進捗評価や年度末の最終評価が曖昧になってしまうことは否めない。可能な範囲で数値目標を設定する等、適切な評価を可能とする仕組みづくりを期待したい。    |    |           |
| 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 |
| <コメント><br>事業計画については、職員が参加して定められた時期に評価を行い、翌年度の事業計画に反映させて策定をしている。策定された事業計画は、年度当初の定例会議において職員全員に説明することで理解が得られている。                      |    |           |

|                                                                                                                                |                                     |    |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----|-----------|
|                                                                                                                                | 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 ・ ㉔ ・ c |
| <コメント><br>事業計画について、利用者家族へは保護者会で説明し、欠席者へは資料を郵送している。利用者へは事業計画を配付して口頭で説明しているが、事業計画の内容について、より多くの利用者の理解につながるよう、分かりやすく説明した資料作りが望まれる。 |                                     |    |           |

#### 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 | ㉔ ・ b ・ c |  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉サービスの質の向上のため、第三者評価を定期的に受審し、受審のない年は自己評価を実施している。職員は毎年「業務振り返りシート」によるセルフチェックを行い、自分自身の利用者支援について確認ができる仕組みがある。</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 ・ ㉔ ・ c |  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉サービスの質の向上のため、課題を顕在化させる工夫が見られる。しかし、その課題について、いつ、どの会議において議論されたかが、分かりにくい状況である。誰が（責任者）、いつまでに（期限）、何をするのか（実施方法・結果）という具体的な計画を策定し、それを記録として残すことを期待したい。</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 ・ ㉔ ・ c |  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>4月より法人内の他事業所より異動となり、管理者として着任した。事業所の方針や管理者の役割については、年度初めの職員会議において内容を伝えている。管理者不在時の対応等については、口頭での説明に留まっている。</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。                                                                                                                | 障11 | ㉔ ・ b ・ c |  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法令遵守については、管理者自ら必要な研修を受講し、今年度は法人においても虐待防止及び権利擁護についての研修を実施している。事業に関連する法令等の改正があれば、法人より情報提供があり、職員会議で説明するとともに、回覧等により職員周知を図っている。</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。                                                                                                          | 障12 | ㉔ ・ b ・ c |  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉サービスの質の向上のため、利用者及び保護者向けの「サービスの質に関するアンケート」を実施し、結果を分析後、課題解決のための具体的な取組みを進めており、指導力を発揮している。また職員の資質向上のために、研修に力を入れている。</p>          |     |           |  |
| 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 |  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>経営状況については、毎月各事業所で分析したものを法人で取りまとめ、経営者会議において検討をしている。職員の働きやすい環境整備については、管理者が時間外勤務や職員配置の分析をし、作業の分散化や効率化に向けた取組みを進めている。</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。                                                                                                                | 障14 | a ・ ㉔ ・ c |  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人において、退職予定者数に基づき、次年度の採用予定者数を定めている。「さいた」事業所は、学校へのパンの販売時に人手が不足するという課題がある。「さいた」事業所の人手不足は慢性的となっており、法人と協力し、人材確保・定着についての具体的な計画の策定が望まれる。</p>     |     |           |  |
| Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。                                                                                                                                        | 障15 | a ・ ㉔ ・ c |  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の基本方針の中で「期待する職員像」を明確にしている。事業所内の「キャリアステージに求められているもの」という資料の中で、職員に求められているスキルを明示している。ただ、働く職員がモチベーションアップできるような総合的な人事管理の仕組みはなく、その構築に期待したい。</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り組んでいる。                                                                                                                      | 障16 | ㉔ ・ b ・ c |  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人共通の「ヒアリングシート」を使用し、職員の個人面談を実施している。法人により職員向けの相談窓口が設置されている。福利厚生としては、職員交流会、資格取得時の職務免除、互助会等がある。</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。                                                                                                             | 障17 | a | ・ ⑥ ・ c |
| <コメント><br>組織として「期待する職員像」は明確になっており、年に一度実施される個人面談において、「ヒアリングシート」を用いて個人の目標設定、達成度の確認をしている。ただ、目標設定時の根拠、進捗状況と目標達成度の確認の仕組みが弱いため、その仕組み作りを検討されたい。      |     |   |         |
| 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 | ・ ⑥ ・ c |
| <コメント><br>法人内の研修委員会において研修計画が策定され、それに沿って研修が実施されている。受講後には報告書を作成し、他の職員も確認できるようにして情報共有に努めている。しかし、研修受講後の意識変化（研修効果）について確認する仕組みづくりが十分とは言えず、改善の余地を残す。 |     |   |         |
| 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 | a | ・ ⑥ ・ c |
| <コメント><br>法人主催の階層別、職種別、テーマ別研修の機会があり、外部研修の受講についても積極的である。研修内容やカリキュラムについては、毎年見直しを行っている。入職からの履歴が分かる、職員個々の研修受講歴が把握できる仕組みづくりが期待される。                 |     |   |         |
| 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 | ① | ・ b ・ c |
| <コメント><br>実習生の受入れに関して、受入れマニュアル、手引き、プログラム等が整備され、定期的な見直しがされている。法人内に実習対応委員会が設置され、情報共有や実習生の受入れの課題について検討し、体制を整備している。                               |     |   |         |

### 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。                                                                                                                                                       | 障21 | a ・ ⑥ ・ c |  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ホームページに理念、方針、事業計画、事業報告、予算、決算情報が公開されている。法人の広報誌である「きぼう」を発行し、地域に向けての情報発信をしている。法人内のSNS委員会及び事業所内のSNSの担当者により、Instagramやフェイスブックを用いて積極的に情報発信している。課題は、苦情のホームページ上での公開である。</p> |     |           |  |
| 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 | ① ・ b ・ c |  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人として、事務、経理、取引のルールは定められている。法人監事による内部監査、会計事務所によるチェックを定期的に実施している。監査結果等は理事会に報告されており、事業経営・運営の適正性を確保する取組みとなっている。</p>                                                     |     |           |  |

### 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 | ① ・ b ・ c |  |
| ＜コメント＞<br>地域との交流については、就労支援の中で取り組んでいる「わがんせ」や「さいた」の事業の中で利用者と地域との関わりがある。自主製品を通じての交流（販売、イベントへの出店等）の機会があり、地域に根付いた施設であることが見受けられる。 |     |           |  |

|                                                                                                                                           |     |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----------|
| 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。                                                                                              | 障24 | ① ・ ② ・ ③ |
| <コメント><br>法人内においてボランティア委員会を設置し、マニュアルを整備して学習会を実施している。受け入れているボランティアは「さいた」の事業の花苗の植え付けやメンテナンスなどが主となっており、継続した活動の実績がある。                         |     |           |
| 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。                                                                                    | 障25 | ① ・ ② ・ ③ |
| <コメント><br>市の自立支援協議会や利用者のケース会議を通じ、地域の関係機関との連携を図っている。職員だけでなく利用者にも、就労支援事業所やグループホーム、他事業所の情報のリストを掲示し、情報の提供及び共有をしている。                           |     |           |
| 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。                                                                                                     | 障26 | ① ・ ② ・ ③ |
| <コメント><br>市の自立支援協議会へ参加し、地域の福祉ニーズを把握して法人内で情報共有をしている。地域イベントのバザーに出店したり、子育て支援団体へ「わがんせ」の場所を提供したりして、地域の福祉ニーズを把握する機会としている。                       |     |           |
| 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。                                                                                                 | 障27 | ① ・ ② ・ ③ |
| <コメント><br>法人内の災害対策委員会を通じ、地域の障害者の必要とされている支援について議論する他、子育て支援団体へ活動場所の提供をしたり、地域のイベント「マークキッズイベント」においては、地域の子どもと共に事業所のパンの販売体験をするなど、積極的な活動が行われている。 |     |           |



## 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 | ㉔ ・ b ・ c |  |
| <p>＜コメント＞</p> 法人全体で、年1回全職員対象に虐待防止関連の研修が開催されている。時には外部講師を招き、職員が一同に会して行われる研修もあるなど、十分な体制が整っている。新人職員に対しては、法人全体で採用時に人権に関する研修が行われ、その後のフォローアップ研修も実施されている。研修報告書は参加者全員が作成している。             |     |           |  |
| 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 | ㉔ ・ b ・ c |  |
| <p>＜コメント＞</p> プライバシーに関するマニュアルが用意され、玄関ロビーに掲示がある。採用時には、職員と「誓約書」も交わしている。普段の配慮については、着替えの場所について他者から見えないようカーテンを設置したり、トイレの改修を行って容易に中が見えないよう扉を設置し直すなど、細かな部分で改修をしている。                     |     |           |  |
| 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 | ㉔ ・ b ・ c |  |
| <p>＜コメント＞</p> 法人内の店舗や花き販売所など、人が訪れる場所にイベントのチラシなどを設置・配布し、事業所の取組みを広く周知している。ホームページに関しては、パソコンでもスマホでも見られる環境が用意されている。見学希望者には、当該事業所だけでなく、法人内の他事業所の見学等も行い、選択肢の幅を広げる配慮がある。                 |     |           |  |
| 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 | ㉔ ・ b ・ c |  |
| <p>＜コメント＞</p> 相談支援事業所や直接家族から連絡が入るなど、様々なルートで利用開始となっている。直接利用申込みがあった場合は、相談支援事業所につなぐ体制が整っている。自己決定については、利用者本人と家族との意向が違ふことがあるものの、双方の意見を尊重して進めている。サービスの変更に対応するためのマニュアルも整備されている。         |     |           |  |
| 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 | ㉔ ・ b ・ c |  |
| <p>＜コメント＞</p> サービスの開始や変更、終了時の責任者（窓口）は、管理者兼サービス管理責任者が担当となっている。サービス終了時に説明するための資料や、サービス移行に関するマニュアルも用意されている。サービス終了後も各関係機関と連携し、必要なサポートを行う体制が整っている。                                    |     |           |  |
| 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 ・ ㉔ ・ c |  |
| <p>＜コメント＞</p> 年1回、保護者及び利用者向けのアンケート用紙を配付し、結果を取りまとめて全職員が参加する定例会議にて情報共有している。アンケート結果は、家族会を通じてフィードバックしている。作業に関する満足度を測る項目がなく、アンケート内容に関して検討を要す。家族会は年4回ほど開催され、職員も参加している。                 |     |           |  |
| 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 | a ・ ㉔ ・ c |  |
| <p>＜コメント＞</p> 法人全体で苦情解決委員会があり、苦情等に対応している。意見箱が玄関ロビーに設置され、利用者も家族も利用できる。利用頻度は高くないが、相談窓口の一つとして用意されている。苦情や意見は、アンケートの中でも聞き取られており、積極的に意向を把握しようとする体制が整っている。ただ、苦情のホームページでの公表がなく、検討を期待したい。 |     |           |  |

|                                                                                                                                                                                         |     |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----------|
| 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 ・ ② ・ ③ |
| <p>＜コメント＞</p> <p>家族との情報共有のため、必要な利用者に「連絡ノート」を用意している。意見や相談事もそのノートで行われることもあるが、利用者からの直接的な相談が主となっている。面談する場所は面談室や事務所など、落ち着いて話ができる環境が整っている。説明に関する掲示物も用意されている。</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 | ① ・ ② ・ ③ |
| <p>＜コメント＞</p> <p>記録のツールとしては、利用者個々の「支援記録」や「業務日誌」、「職員連絡ファイル」、「ホワイトボード」などがある。利用者からの相談については、これらのツールを使って記録している。相談等の内容について、検討する機会として職員会議がある。相談の受け付けからその後の処理方法を記載したマニュアルも用意されている。</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 | ① ・ ② ・ ③ |
| <p>＜コメント＞</p> <p>法人内に安全衛生委員会があり、毎月各事業所のヒヤリハットの報告が行われている。年に1回集計報告し、「月別」や「時間別」、「場所別」等に分けて公表している。ヒヤリハットではなく「ハットとしてGood報告書」という名称で、積極的に改善していくための仕組みもある。事故発生時やヒヤリハットに関する取扱いマニュアルも用意されている。</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 | ① ・ ② ・ ③ |
| <p>＜コメント＞</p> <p>一般的な感染対策のマニュアルはもとより、コロナ対応のマニュアルもある。安全衛生委員会にて話し合われたこと等を、各事業所に周知する仕組みも整っている。コロナ対策として、最近では休憩時間や食事時間をずらして密にならないようにするなどの工夫も行われている。</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している。                                                                                                                                               | 障39 | ① ・ ② ・ ③ |
| <p>＜コメント＞</p> <p>災害対策委員会が発足されて日が浅く、現在マニュアルを作成中である。避難訓練は、火災や地震を想定して毎月実施している。災害時は近隣の学校や児童館へ避難することを想定しているが、課題としてはそのための練習や事前の協力体制の確認等まではできていない。AEDの設置がなく、利用者や地域住民の安心のためにも設置の検討を期待したい。</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       | ・ ㉔ ・ c |
| <p>＜コメント＞</p> <p>目次・インデックスもあり、見やすく工夫された規定集が用意されている。周知については会議を活用し、いつでも見られるよう事務所で保管している。ただ、マニュアルの内容の周知については、確実に理解されているかとなると課題がある。また、マニュアル通りに実施されているかどうかの確認も弱く、仕組みの構築に期待したい。</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       | ・ ㉔ ・ c |
| <p>＜コメント＞</p> <p>送迎についての会議があり、適宜マニュアルの見直しを行っている。その他のマニュアルに関しては、見直し時期は年度末となっているが、必要に応じて適宜見直しをする仕組みを構築されたい。そのためには、実際にマニュアル通りにサービス提供が行われているかを検証する仕組みが必要となる。</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 |
| <コメント><br>統一されたアセスメント様式が整備されており、個別支援計画用と工賃額を決める際に活用される専用のアセスメントに分けられている。個別支援計画やモニタリング様式には全てルビが振ってあり、利用者が理解できるように配慮されている。                                          |     |           |
| 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 |
| <コメント><br>決められた様式の「モニタリング表」を活用し、回覧や定例会議でその内容を周知している。急な変更についての仕組みやルールは明確になっておらず、サービス管理責任者の判断で見直しを行っている。チーム支援にて変更があれば、その場で話し合う体制が整っている。個別支援計画の急な変更に対応するルール作りが期待される。 |     |           |
| 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 |
| <コメント><br>日々の支援の記録は専用の用紙に手書きで記録され、利用者毎に毎日記載する仕組みがある。その内容の回覧・周知については、事務所内の所定場所にあるため、職員が出勤時に見られる環境になっている。また、定例会議にて周知する仕組みがあり、記録方法に関するマニュアルも用意されている。                 |     |           |
| 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 |
| <コメント><br>個人情報の取扱いに関するマニュアルが整備されている。書類は鍵のかかる保管庫に保管され、データについてはフォルダーにパスワードをかけ、部外者が見られない工夫をしている。データの持ち出しや個人情報の管理に関する研修を行い、定例会議にて周知する機会があるなど、高い意識にて記録の管理体制を整えている。     |     |           |

## 【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 | ㉔ ・ b ・ c |
| <コメント><br>日帰り旅行の行き先などは利用者に選んでもらい、多く票が集まったところに行くなど、利用者の意向を尊重する姿勢がある。文字だけでは伝わらないことがあるため、実際にその場所のホームページなども見ながら選択してもらうなどの工夫もある。「意思決定支援マニュアル」も整っている。 |     |           |

### 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 | a ・ ㉔ ・ c |
| <コメント><br>権利擁護に関するマニュアルが整っており、定期的に法人内で研修も実施されている。セルフチェックは全職員に年1回実施し、課題のある職員には個別に面談を行っている。無記名で、他職員のことを記載する仕組みもある。課題としては、セルフチェックの取組み頻度と、身体拘束の取扱いに関する資料整備である。 |     |           |

### 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 | ㉔ ・ b ・ c |
| <コメント><br>生活面や衛生面について、日頃から自律・自立を想定して支援している。具体的にはひげそり、ふけ、その他身だしなみについて支援をするなど、施設内で助言等を行う仕組みがある。動機付けについては、査定表と一緒に確認して次期の課題を設定することで、工賃が少しでも上がるための働きかけなどを個別で行っている。 |     |           |
| 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 | ㉔ ・ b ・ c |
| <コメント><br>言葉で意思を伝えることができない利用者が数名いる中、言葉以外でのコミュニケーションの工夫を随所で行っている。具体的には写真やイラスト、文字等視覚的に分かりやすいツールを使い、障害特性に合わせた説明を行うことで、コミュニケーションがスムーズに行われるよう配慮している。               |     |           |

|                                                                                                                                                                |     |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----------|
| 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 | ㉔ ・ b ・ c |
| <コメント><br>相談支援専門員を交えて、意思決定に関する会議を実施することがある。具体的には、就労継続B型事業から生活介護事業に変更する際等である。説明は言葉だけでなく、イラストや絵、文字などを活用するなど、障害特性に合わせた説明の仕方を工夫し、利用者の意思を汲み取る体制が整っている。              |     |           |
| 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 | ㉔ ・ b ・ c |
| <コメント><br>利用者自身が月間目標を設定し、自身で記載する取組みがある。毎日その目標を達成したかどうかの振り返りを行い、工賃支給日に1ヶ月の振り返りを行った上で次月の目標設定をしている。作業内容については本人希望を優先し、作業が適切に回るよう利用者への依頼を行いながら、適材適所を心がけている。         |     |           |
| 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 | ㉔ ・ b ・ c |
| <コメント><br>正規職員については「スタッフ教育計画書」があり、経験年数や職種に応じて個別の研修計画が用意されている。障害特性について勉強する機会としては採用時の研修があるが、非常勤職員もその対象となっている。利用者の支援会議は、職員のみならず保護者も参加の上、障害特性に合わせた対応を検討する機会となっている。 |     |           |

|                                                                                                                                                                                 |     |           |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----------|--|
| 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 | ㉔ ・ b ・ c |  |
| <p>＜コメント＞</p> <p>嗜好調査を年1回行い、弁当事業にて集計して書面で回覧している。屋台風の食べ物を食べたいとのことで焼きそばを提供したり、鰻の希望にはひつまぶしを提供するなど、調査結果を反映させる仕組みと実績がある。生野菜が苦手な利用者には温野菜を提供したり代替食を提供するなど、可能な限り利用者の嗜好に合わせた対応をしている。</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 ・ ㉕ ・ c |  |
| <p>＜コメント＞</p> <p>休憩室を適宜利用できる環境があり、カーテンを使って目隠しでき、横になれる場所がある。エアコンも必要な場所には設置しており、暑さ寒さをしのげる環境となっている。暖房便座も導入されている。課題としては、急な階段を利用しないと2階に上がることができないこと、老朽化による床の剥がれ等である。</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 | ㉔ ・ b ・ c |  |
| <p>＜コメント＞</p> <p>年に2回（5月・8月）、法人と契約をしている作業療法士が来訪し、機能訓練等が必要な利用者を対象にアドバイスを行っている。「作業療法士記録表」が用意され、利用者ごとに現状や課題などが整理されている。歩行状態や座位における足の状態に支援が必要な利用者には、アドバイスを参考に個別対応をしている。</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 | ㉔ ・ b ・ c |  |
| <p>＜コメント＞</p> <p>健康診断は年に2回実施している。検温は毎日実施し、体重測定も定期的に行われている。インフルエンザや新型コロナウイルスのワクチン接種等については、法人の嘱託医等の協力の下に希望者に対して実施している。体を動かす機会としては、時々行っている散歩・体操などが主となっている。</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 | ㉔ ・ b ・ c |  |
| <p>＜コメント＞</p> <p>医療的な支援は投薬支援が中心で、薬の管理は原則利用者が行い、正しく飲んだかどうかの確認を職員が行っている。その手順についてもマニュアルが用意されている。職員等への周知や個別指導については、職員会議を活用して伝達できる仕組みが整っている。</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 | ㉔ ・ b ・ c |  |
| <p>＜コメント＞</p> <p>施設の横に交番があるため、交通教室を受講するために交番を訪れることもある。自主製品であるパンを販売する機会が多く、毎日3ヶ所の学校を訪問し、利用者が職員と一緒に販売している。花き販売も同様である。室内活動では、希望者が漢字等を書く練習を行う時間も別途用意されている。</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 | ㉔ ・ b ・ c |  |
| <p>＜コメント＞</p> <p>地域生活への移行に関するマニュアルがあり、毎年実施しているアンケート調査の中で移行の希望を聞き取って把握に努めている。それらの意向を踏まえて、実際にグループホームに繋げるための支援を行っている。社会資源に関する情報も、掲示板を活用して適宜案内している。</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 | ① a b c |
| <コメント><br>家族との交流については、面談時や支援会議時、また毎日の送迎時など、数多くの対面の機会がある。家族会が年に4回開催されており、参加者は10名程度であるが、情報共有や意見交換する仕組みがある。 |     |         |
| 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><br>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 | ① a b c |
| <コメント><br>11月に2名の就労継続支援B型事業の利用者が一般就労を果たすなど、利用者のニーズに応えるための支援体制が整っている。作業時におけるマナー（静かに仕事をする、手順を守る、決められた時間集中して行うなど）についても、就労を意識しながら支援している。                                  |     |         |
| 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 | ① a b c |
| <コメント><br>3ヶ所の働くグループがあり、利用者の希望と施設が求めるスキル等を勘案してグループ分けしている。工賃は、毎月アセスメントと共に自己目標の達成具合を確認して支給されている。内職作業が7～8種類あり、取引先も6社ほどある。施設外就労では2社に赴き、花の栽培や敷地内環境の手入れなど、幅広い分野と作業内容が揃っている。 |     |         |
| 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 | ① a b c |
| <コメント><br>ハローワークからの情報を掲示板に掲示し、利用者に情報提供している。法人の障がい者就業支援・生活支援センターと連携し、就職先の開拓を行っている。最近はないが、一般就労した利用者が何らかの事情で戻ってくることも想定し、そのような場合の受入れについても検討している。                          |     |         |