

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 : 檻の木作業所	種別 : 生活介護	
代表者氏名 : 伊藤 豪	定員 (利用人数) : 40名(43名)	
所在地 : 愛知県一宮市富田字漆畠16番地		
TEL : 0586-61-6055		
ホームページ : https://www.kasinoki.jp/		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 : 昭和56年4月1日		
経営法人・設置主体 (法人名等) : 社会福祉法人 檻の木福祉会		
職員数	常勤職員 : 7名	非常勤職員 : 14名
専門職員	(管理者) 1名	(調理員) 2名
	(支援員) 18名	
施設・設備の概要	(居室数)	(設備等) 作業室5部屋・食堂
		医務室・浴室・休憩室・会議室

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」はその人がその人らしく生きていいくうえで、「障害」となることがあります。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、共に生きる地域づくりを目指します。

・施設・事業所

その人の個性を認め、その個性的な自己実現を尊重し、できる限り遅しく、楽しく、豊かに生活していくための条件を考え続け、実践していく活動を行います。その活動を通して、「人が人を理解する」ということの深い意味を探求し、社会がその価値に目覚め、このことを認め合える社会創りのための活動を行っていきたいと考えます。

★基本方針

I 個人の尊重

私たちはハンディの種類や重さで人を区別せず、かけがいのない存在として大切にし、人として当たり前の生活を提供できるよう努めています。

II 自己選択・自己決定の尊重

私たちは、利用者があらゆる生活領域で自らの意思によって選択し決定する権利を保障します。そのための十分な情報提供に努めています。

III 社会への参加

私たちは、すべての利用者がハンディや年齢に関わりなく、何人であっても、社会を構成する一員として、地域の中で豊かに暮らしていくことを目標に援助していくよう努めています。

IV 社会意識の改革

私たちは、障がいのあるなしに関わらず、すべての人がこの地域で豊かに暮らしていくために、できる限り多くの人たちと関わりを持ち、相互に助け合う心の豊かさを育んでいくよう努めています。

④施設・事業所の特徴的な取組

一昨年前に、一部増改築を行いました。それにより、これまでよりも利用者一人ひとりにあった環境の整備に注力しました。その成果として、多くの利用者の方々がより適切な行動につながるようになりました。

利用者のみならず職員もきれいになった環境でより気持ちよく働くことができています。

樺の木作業所は、昭和56年に法人として一番最初に始まった事業所で、障害のある人の働く権利と社会参加、賃金の保障、自己実現を大切に考えてきました。生活介護である現在も、仕事を主な日課として、働くことの大変さや他者から認められることの喜びを感じながら自己の成長を大切に支援をしています。

社会福祉士や保育士等の実習生、中高生ボランティアの受け入れを積極的に行ってています。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和7年5月1日（契約日）～ 令和7年12月2日（評価決定日） 【令和7年9月29日（訪問調査日）】
受審回数 (前回の受審時期)	5回 (令和4年度)

⑥総評

◆特に評価の高い点

◆働く権利の保障の実現

生活介護事業所ではあるものの、利用者の働く権利を保障するため、数多くの仕事を企業より受注している。利用者一人ひとりの障害特性に合わせながら、作業の内容や環境の配慮、の工夫等を行っている。そのため、障害が重くても関わることができる仕事や作業がいくつも用意されている。

◆資格取得者の確保

社会福祉士や介護福祉士、強度行動障害支援者養成研修等、障害者支援上で必要とされる資格を多くの職員が取得しており、専門性の高い知識と技術で利用者支援を行っている。

◆障害特性に合わせた環境

利用者が活動する環境において、5つの部屋（活動場所）が用意されており、利用者の作業能力や障害特性に合わせて配置されている。部屋によってはBGMを流したりして、利用者が心地良く活動できるような配慮がされている。また、パーティションやスケジュールボード等が随所に設置されており、一人ひとりに合わせた支援がなされている。配置人数も適切であり、ゆったりとした環境の中で作業が行われている。

◇改善を求める点

◆事業所における中長期計画の作成

法人全体の中長期計画を基に単年度の事業計画が作成されているが、事業所独自の中長期計画がないため、事業計画との連動性が弱い。法人が目指すべき5年後のあるべき姿に合わせて、当該事業所においても同様に3年後や5年後を見据えた計画を作成することが望ましい。

◆第三者評価における自己評価の活用

毎年自己評価を行い、第三者評価も受審しているものの、そこから浮かび上がった課題や取り組むべきサービス等を抽出し、改善していく取組みが弱い。計画的にサービスの質を上げるための仕組み作りに期待したい。

◆マニュアルの整備

利用者の支援（食事、排泄、投薬等）に関するマニュアルが確認できなかった。部屋ごとの口頭伝達のみで実施されているため、どの職員が入っても統一した支援が行えるよう、マニュアルを整備することが望まれる。また、感染症やBCP（事業継続計画）等のマニュアルは整備されているが、適切な更新が実施されておらず、情報が古いものが多くなった。生きたマニュアルにするために、定期的に見直しを実施し、更新することが望ましい。

◆苦情に関する情報公表

苦情について、受付けから解決まで適切にできているが、どのような苦情があったか等が公表されていない。利用者や保護者に情報を提供するにとどまらず、ホームページ等を活用して苦情情報を公表し、事業運営の透明性を確保されたい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

新任職員の採用や職員の異動と同時に事業所の取り組みの周知徹底を努めることやどのような取り組みにおいても改善の余地はあるのだと実感した。今後とも、職員の質、働く環境の向上・改善を目指すことで良質なサービスへ繋げていきたい。

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	Ⓐ Ⓑ Ⓒ
コメント 理念や基本方針は、分かりやすくイメージしやすい内容で作成されており、ホームページはもとより、法人が定期的に発行している広報誌や中長計画への記載、事業所内での掲示等、あらゆる場面で誰もが目にすることができる。職員周知の取組みとして、年1回実施される「職員セルフチェック」のシートを用いて、周知を図る仕組みも整っている。		

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	Ⓐ Ⓑ Ⓒ
コメント 法人内の情報として、毎年、人件費率や利用率、収支状況を細かく把握するための資料が作成されている。特に、光熱水費（電気・ガス・水道等）の費用も把握する等、経営状況を細かく把握する仕組みがある。その他、外部からは自立支援協議会を始め、県・知的障害者福祉協会や特別支援学校、相談支援事業所等と連携する中で、社会的な動向等の把握に努めている。		
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	Ⓐ Ⓑ Ⓒ
コメント 各事業所の経営状況を数値で把握した上で、当該事業所の課題（人件費率や光熱水費、利用率等）を抽出している。人件費率や利用率は概ね達成できているが、光熱水費については高騰している中で事業所として経費を抑える等、具体的な取組みがなされている。当該事業所だけでなく、法人内で経営会議や管理者会等の会議体があり、懸案を話し合う仕組みが整っている。		

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	Ⓐ Ⓑ Ⓒ
コメント 法人として作成されている中長期計画があり、5年を1期間として作成している。5年後のビジョンや行動計画、及び工程スケジュールも記載されており、丁寧な作りとなっている。ただ、事業所独自の中長期計画がないため、単年度計画への枠組みを示すものがない。是非とも、法人の中長期計画に連動させた当該事業所における中長期計画の作成を期待したい。		
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	Ⓐ Ⓑ Ⓒ
コメント 事業所としての中長期計画はないが、法人の中長期計画を踏まえて、当該事業所における単年度計画が作成されている。内容も見やすいものとなっており、前年度の取組み状況も1枚の紙で比較できるような構成になっている。内容も具体的であり、全てではないが、数値目標も随所に（可能な限り）盛り込まれており、達成の度合いが分かる表記となっている。		

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	Ⓐ · Ⓛ · Ⓝ
---	----	-----------

〈コメント〉

当該年度における事業計画の評価及び次年度の事業計画作成については、毎年度末に行われている。管理者が評価及び事業計画の原案を作成し、その後各職員に意見を求め、最終的に完成する流れである。当該年度の評価及び次年度の事業計画が1枚のシートに収まっており、比較することが容易で、次年度はどの部分に力を入れていくのかが分かりやすく作成されている。

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	Ⓐ · Ⓛ · Ⓝ
-------------------------------------	----	-----------

〈コメント〉

毎年4月に実施される保護者会で、管理者自ら前年度の事業計画の評価及び当該年度の事業計画の説明を行っている。不参加の家族には、後日資料の送付を行い、全ての家族等に周知を図っている。ただ、利用者向けの資料は特に用意されておらず、その説明も十分ではない。分かりやすい資料の作成はもとより、かみ砕いて説明する機会の確保等の取組みに期待したい。

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	Ⓐ · Ⓛ · Ⓝ
---	----	-----------

〈コメント〉

サービスの質的向上に向けた取組みとして、個別支援計画に掲げたニーズの実現や第三者評価における自己評価の実施及び定期受審等、様々な取組みが見られる。特に第三者評価については、毎年の自己評価のみならず、今回の第三者評価の受審が6回目となる等、組織として第三者評価基準を意識したサービス提供が行われている。

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	Ⓐ · Ⓛ · Ⓝ
--	----	-----------

〈コメント〉

毎年自己評価を行い、定期的に第三者評価を受審する等、高い意識でサービス提供を行っている。ただ、第三者評価の自己評価及び受審結果を踏まえた上で、改善すべき課題を抽出する仕組みが弱い。指摘された評価項目の改善に向けた組織的かつ計画的な取組みがないため、その仕組み作りと実際の改善活動に期待したい。

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	Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ
〈コメント〉 「業務マニュアル」の中に管理者の役割や責任等が記載されており、職員会議等にて職員に伝える仕組みがある。管理者が現場に頻繁に入ることで、利用者や職員とのコミュニケーションも適宜行え、その中で管理者としての方針や考え方を伝えることができている。管理者不在の際は主任経験のある職員が指揮を取る等、職員が安心して働ける環境がある。		
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	Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ
〈コメント〉 法人作成の「法令遵守規程」が用意されており、多くの法令に関する勉強会等に管理者自らが参加している。具体的には「消防法」や「障害者総合支援法」、「虐待防止法」、「労働基準法」等である。実際に研修で学んだことや各種機関から入手した情報を、回覧や職員会議にて他の職員への周知・理解促進に努めている。		
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	Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ
〈コメント〉 管理者は、サービスの質的向上について、現状把握する目的で現場に入り、自ら利用者の状況を継続的に記録している。職員の意見や要望等を職員会議や日々のコミュニケーションの中で吸い上げ、具体的な対策を講じている。職員研修についても、様々な研修により多くの職員が参加できるような配慮や取組みも見られる。		
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	Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ
〈コメント〉 管理者は人事・労務・財務等についての情報を持つておらず、現状把握だけでなく、改善に向けた取組みを行っている。人員配置では必要な職員数の確保を維持し、働きやすさの実現のために残業時間の把握及び指導等を行っている。課題としては、有給休暇の消化率が一部職員において決して高いとは言えず、職位や職階による偏りがない有給休暇の取得に期待したい。		

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	Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ
〈コメント〉 専門職の配置に関しては、職員が計画的に強度行動障害支援者養成研修を受講しており、介護福祉士や社会福祉士の資格を有する職員が多数在籍している。Web広告やハローワーク、フリーペーパーへの掲載、職員の人材紹介制度の導入等、複数の手法で人材確保を行っている。特筆すべきは、定着率が高く、辞める職員少ないことが強みと言える。		
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ
〈コメント〉 法人の事業計画にて「期待する職員像」を明示し、職員に周知している。正規職員は1級から6級までのいずれかの区分に該当し、それぞれの級で求められるスキルが決められている。毎年、自己評価及び管理者による評価と面談を行っている。課題としては、これら的人事管理が人事考課と連動していない点である。現在人事制度の見直し中であり、次年度以降に期待したい。		
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	Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ
〈コメント〉 管理者が、各職員の業務に偏りがないか、残業が多くないか等、日頃の働き方や様子を観察している。コミュニケーションを取る中で、職員の意向の把握に努め、必要に応じて助言や相談等の介入をしている。風通しの良さを重視し、職員が相談しやすく話しやすい雰囲気作りを進め、結果的に退職者がこの数年間ほとんどいない等、働きやすい職場作りに努めている。		

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 · b · c
------------------------------------	-----	-----------

〈コメント〉

法人として「期待する職員像」を明確にし、等級ごとに求められるスキルを提示した上で、各職員は自身の目標を設定して自己評価を行う仕組みがある。その内容を踏まえ、管理者が年に1回面談を行っている。ただ、評価が年1回であり、期間が長く目標設定や活動評価が適時性を欠くこととなる。進捗確認や最終評価を曖昧にしないためにも、評価の頻度を検討されたい。

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 · b · c
--	-----	-----------

〈コメント〉

法人全体の研修計画として「新任研修」や「スキルアップ研修」、「中堅者研修」等が用意されている。ただ、事業所としての研修計画がないため、いつ誰がどのような研修を受講すべきかが不明確である。外部研修については、定例の研修を除けば事前の計画立てが難しいが、内部研修は計画的に実施しやすい。まずは内部研修の計画策定から取り組まれたい。

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	a · b · c
--------------------------------------	-----	-----------

〈コメント〉

法人内では各種研修が行われているが、職員一人ひとりの研修を考える上で、資格の種類を含めた保有の有無、入職以降の経験職務と年数、転職者については前職での経験、過去の研修受講歴等、個々のキャリアを把握することが重要となる。そのため、これら情報を一元管理し、計画的な研修の実施が行えるような管理体制の構築に期待したい。

II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関する専門職の研修・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する専門職の教育・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 · b · c
--	-----	-----------

〈コメント〉

今年度は、社会福祉士実習や保育実習生の受け入れ実績がない。過去には多くの実習生を受け入れており、実習に関する基本方針やマニュアル、フローチャート等が用意されている。また、毎年市役所の職員を受け入れ、事業所で利用者支援等を体験する機会があることから、関係機関（市役所）の人材育成に貢献していると言える。

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 · b · c
〈コメント〉		
情報公開の手段としてホームページや法人が発行している広報誌等があり、サービス内容や実際の活動状況が分かる内容となっている。各種情報公開については、ホームページにて予算や決算情報は公表されているものの、事業計画や事業報告、苦情情報、第三者評価の受審結果等については、公表されていない。これらの情報の公表に期待したい。		
	障22	a · b · c
〈コメント〉		
「経理規程」を踏まえ、経理や各種取扱い（契約、物品購入等）のルールを定めて遵守している。外部のチェック機能として会計士に入ってもらい、定期的に財務に関するチェックを実施している。職務分掌や権限については、当該事業所の管理者が責任者として従事しており、その周知についても職員に行われている。		

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	a · b · c
〈コメント〉		
法人の中長期計画内に「地域との関わり」に関する項目がある。その中で方針を明確に示し、その方針に沿って地域交流を行っている。盆踊りや法人最大のイベントである「かしの木フェスティバル」等を実施し、地域住民との交流を定期的に行っている。社会資源の活用においては、喫茶店をはじめ利用者のニーズに応じて支援を行っている。		

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	Ⓐ · Ⓛ · Ⓝ
---	-----	-----------

〈コメント〉

ボランティアの受入れに関し、基本姿勢を定めてマニュアルを用意している。実際には、市・社会福祉協議会を通じて、夏休み中の中学・高校生のボランティアや、中部善意銀行からの学生ボランティを受け入れている。市役所職員や学校関係者によるボランティア活動の受入れ等もあり、各方面より幅広く受入れを行い、これまで継続した実績を残している。

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	Ⓐ · Ⓛ · Ⓝ
---	-----	-----------

〈コメント〉

特別支援学校や相談支援事業所、障害者グループホーム等の関連する機関と連携を図る仕組みがある。社会資源に関するリストはないものの、都度各関係機関から入ってくる情報（新規グループホームの開設等）については、適宜職員会や回覧等で周知を行い、職員間で情報を共有している。社会資源についてのリスト化を望みたい。

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	Ⓐ · Ⓛ · Ⓝ
--	-----	-----------

〈コメント〉

自立支援協議会や各相談支援事業所、各種イベントを通じた地域住民との交流や町内会への参加等、地域の福祉ニーズを把握するためのつながりが多数ある。また、特別支援学校のPTA向けに職員が出向いて事業説明を行う等、直接的な関わりを通じて得られるニーズ等もあり、積極的にそのニーズの把握に努めている。

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	Ⓐ · Ⓛ · Ⓝ
--	-----	-----------

〈コメント〉

地域コミュニティの活性化や街づくりについては、法人主導の各種イベントを通じて地域住民との積極的な交流を図っている。また、公益的な事業として、福祉避難所として登録している。非常時の備蓄については、利用者及び職員の水や米、簡易トイレ等を用意しているが、地域住民までの備蓄対策は講じられておらず、今後の課題となる。

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	Ⓐ · Ⓛ · Ⓛ Ⓛ
＜コメント＞ 日頃の課題等について、正規職員はSNSで情報共有しており、そこで得た情報を非正規職員に伝達している。利用者の変化や課題については、迅速にケース会議を開催して改善、解決に向けて取り組んでいる。虐待等の研修については法人全体で実施しており、研修内容を各事業所へ持ち帰って内部研修（伝達研修）を行っている。		
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	Ⓐ · Ⓛ Ⓛ · Ⓛ
＜コメント＞ 法人のプライバシー保護に関するマニュアルはあるが、実際には部屋ごとのマニュアルが活用されている。しかし、個別の実施方法等については担当職員しか分からぬことが多く、職員周知が十分とは言い難い。排泄介助は、同性介助を基本として支援している。		
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	Ⓐ · Ⓛ Ⓛ · Ⓛ
＜コメント＞ ホームページはあるが、運営管理を外部の専門業者に依頼しているため情報にタイムラグが生じている。また、ブログの発信も法人全体で行っており事業所の様子が伝わりにくい。事業所内には「重要事項説明書」等の掲示があるが、利用者に対しては分かりやすい資料の掲示が求められる。		
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	Ⓐ · Ⓛ Ⓛ · Ⓛ
＜コメント＞ 外部からの見学等に関しては、主に管理者が丁寧に説明しており分かりやすい。「重要事項説明書」についても掲示してあるが、写真やイラスト、図等を活用して視覚的にも分かりやすいものを準備されたい。意思決定が難しい利用者に対しての説明についても、文字だけではない伝達方法を検討されたい。		
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	Ⓐ · Ⓛ Ⓛ · Ⓛ
＜コメント＞ サービス提供の終了や変更があった場合、基本的には相談支援事業所が主体的に関わっている。事業所としては、利用者に不利益が生じないように丁寧に引継ぎを行い、移行先のケース会議に参加して情報提供を行うこともある。現状、引継ぎ等に関する不具合は起きていないが、引継ぎ文書や統一した様式を定め、誰が担当しても同様にできるよう文書化が望まれる。		
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	Ⓐ · Ⓛ Ⓛ · Ⓛ
＜コメント＞ 利用者の意見を吸い上げる機会は定期的には設けておらず、日常の会話の中で拾っている。また、部屋毎で情報を共有しているが、活動スペースが完全に分かれているため、職員は自分の担当する部屋以外、あまり意識していない。アンケートや自治会等を使い、定期的に利用者の意見を聞く機会を設けることが望ましい。		
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	Ⓐ · Ⓛ Ⓛ · Ⓛ
＜コメント＞ 苦情解決に向けての取組みについては、手順通りに実施している。苦情の公表について、ホームページ等には掲載されておらず、当事者以外の保護者は事業所内でどのような苦情があったのか、分からぬままになっている。苦情の内容について、申し出た利用者や家族に配慮した上で公表することが望ましい。		

	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	a · (b) · c
<コメント>			
利用者が相談しやすい雰囲気作りに努め、困っている利用者には積極的に声をかけて意見を聞いている。万が一プライバシーに配慮すべき内容であれば、別途個室等に移動して話を聞く等の配慮もある。誰にでも相談できることや、複数の方法（面談場所等）があることが分かるよう、文書配付や掲示が求められる。通常、担当職員が相談相手となるケースが多い。			
	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) · b · c
<コメント>			
利用者からの意見については、職員間で口頭で伝達し、必要に応じてケース会議を開催して話し合っている。また、緊急案件でないものについては月1回の職員会議で議題に挙げて検討する等、適切に対応するための仕組みが整っている。			
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 · (b) · c
<コメント>			
「ヒヤリ・ハット」事例を記入する様式があり、情報共有も行われている。リスクについてSNSや口頭での伝達が多く、記録に残している事例は少ない。全ての事例について記録に残すことが望ましい。また、要因分析ができておらず解決に至らない事例もある。全体で取り組むというより担当者が試行錯誤して改善している傾向があるため、組織的な改善の仕組みづくりを期待したい。			
	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 · (b) · c
<コメント>			
感染症のマニュアルはあるが、情報が古く活用されていない。さらに、法人全体でのマニュアルであるため、事業所で発生した場合の対応について、実際には誰も分からず状態となっている。事業所の環境や特徴・課題を踏まえた上で、事業所にマッチしたマニュアルの作成が望まれる。			
	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	a · (b) · c
<コメント>			
BCP（事業継続計画）はあるが、備品等の内容が明確になっておらず、備蓄品等の収納場所が分からない現場職員もいる。また、避難訓練については毎月実施予定となっているが、実際は年2回程度に留まっている。避難訓練を実施する際は、地震や火災のみならず大規模災害を想定した避難訓練も有効であるため、検討されたい。			
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 · (b) · c
<コメント>			
利用者支援についてのマニュアルが、十分な整備状態とは言い難い。基本的には部屋ごとのマニュアルとなっており、事業所全体に周知されているものが少ない。事業所全体で標準的に実施することが求められる支援、活動についての手順を定め、汎用性の高いマニュアルとして整備することを期待したい。			
	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 · (b) · c
<コメント>			
標準的な実施方法を記載したマニュアルについて、定期的な見直しができていない。利用者支援に関わるマニュアルがないため、まずは利用者に関わる支援や活動に関するマニュアルを整備し、その後定期的に見直しを実施されたい。			

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 a b c
<コメント> 利用開始時にアセスメントを取っており、1年に1回、全利用者を対象に見直しを行っている。様々な事由により、個別支援計画の内容に変更が必要な場合は、時期を定めず都度変更し、変更した内容を個別支援計画に取り入れている。		
	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 a b c
<コメント> 個別支援計画の見直しについては年に2回実施している。内容についても、利用者の課題を整理した上で個別支援計画に反映させており、その仕組みも整っている。また、個別支援計画が変更となった場合は、速やかに関連する職員に周知を図っている。		
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 a b c
<コメント> 毎日の利用者の様子を個別で記録している。共有フォルダーに必要な内容を保存し、職員間で情報共有している。また、毎月の職員会議で議題に挙げ、正規職員はもとより、非常勤職員にもその内容を伝達している。		
	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 a b c
<コメント> 利用者に関する情報が記載されている「個人ファイル」は事務室にて保管し、いつでもその情報を確認することができる。個人情報の取扱いについては、契約時に「重要事項説明書」を用いて説明し、広報誌等への写真掲載についても、アンケートを実施して掲載の承諾を得ている。職員に関しては、情報漏洩に関する「誓約書」の提出を求めている。		

【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	a · (b) · c
〈コメント〉 基本的には保護者の意見が反映されることが多く、利用者のケース会議等への参加がほとんどないことが課題となっている。事業所としては毎日作業を提供しており、利用者も作業することが毎日の日課となっている。事業所での利用者の生活を惰性的にしないためにも、作業や余暇活動の中により多くの自己決定の機会を用意することが望ましい。		

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 · (b) · c
〈コメント〉 法人全体で「権利擁護」の研修があり、その後事業所でも研修が実施されている。また、身体拘束に関するマニュアルが整備されており、職員間で共有されている。ただ、職員のセルフチェックについては令和3年から実施されていないため、虐待や身体拘束を含む「権利擁護」の意識を風化させない取組みとして再開することが望ましい。		

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 · b · c
〈コメント〉 アセスメントや個別支援計画の見直しを定期的に行い、利用者一人ひとりに配慮した支援を実施している。また、「できるところはご自身で行っていただく」という方針の下、利用者自らの能力を引き出すような支援に努めている。		
A-2- (1) -② 利用者的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	a · b · c
〈コメント〉 利用者とのコミュニケーションについては、利用者個々の障害特性に合わせた手法で実施している。具体的には、スケジュールボード等を準備する等、利用者の負担にならないような配慮や工夫がされている。言葉による意思表出が困難な利用者について、特定の職員のみコミュニケーションが取れるのではなく、誰でも対応できるように情報（コミュニケーション手法）を共有している。		
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	a · (b) · c
〈コメント〉 利用者発信の相談については、日々耳を傾けてその内容について職員間で共有し、話し合い等を行っている。ただ、利用者が個別に話をする機会が全体的に少なく、事業所側からの働きかけも決して十分ではない。利用者がいつでも気軽に意見や相談ができるよう、開放的で余裕を持った態勢で臨むことを望みたい。		
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	a · (b) · c
〈コメント〉 利用者の希望や意向についての聞き取りが少なく、日中活動においては作業に偏っている。課題としては、利用者のニーズに偏りがある中、利用者の意向に合わせた支援と言う視点では弱いため、個別支援計画に基づき個々の日中活動のさらなる充実を目指されたい。		
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 · b · c
〈コメント〉 職員会議等で利用者の情報を共有し、利用者ごとの状況を把握して支援にあたっている。必要に応じてケース会議を開催し、問題解決に取り組んでいる。強度行動障害等、障害特性に関する専門的な研修を受講し、職員の力量アップに取り組んでいる。		

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	a · (b) · c
--	-----	-------------

〈コメント〉

食事に関する好き嫌いのアンケートは取っているが、献立についての嗜好調査は実施できていない。現状の利用者の喫食状況については、残菜で確認している。昼食について、調理済みの食事が法人の他事業所から運ばれて来るため、冷めた状態である。保温庫を使う等、極力温かい食事が提供できるよう配慮、工夫が求められる。

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	(a) · b · c
---	-----	-------------

〈コメント〉

利用者の障害特性に応じて細かな部屋分けを行い、安全のためにパーテイション等を随所に設置する等、施設内において様々な工夫や配慮がされている。また、どの部屋も十分なスペースが確保され、作業道具等も整理されており、安全配慮が行き届いた環境である。

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	(a) · b · c
---	-----	-------------

〈コメント〉

現在は産休・育休中であるが、理学療法士が配置されており、機能訓練を必要とする利用者に対して支援する環境は整っている。理学療法士が一時的に不在となってはいるが、運動の必要な利用者に対して看護師が体操等を実施しており、現在の職員体制の下で心身の健康に努めている。

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	(a) · b · c
--	-----	-------------

〈コメント〉

看護師が1名配置されており、利用者の日々の健康管理に努めている。週1回の血圧測定、毎月の体重測定等、定期的に健康状態の観察ができている。また、利用者の急な体調変化にも対応できる環境が整えられており、安心して生活できる環境が整っている。

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	a · (b) · c
---	-----	-------------

〈コメント〉

薬の管理に関するマニュアルがなく、服薬が担当任せになっている。そのため、服薬支援の正誤が分かりにくく、確認する基準がないため、万が一事故が起きた際も状況によっては気付きにくい環境と言える。誤薬事故を未然に防止し、利用者の安全を守るためにも、服薬に関するマニュアルを整備していくことが望ましい。

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 · (b) · c
--	-----	-------------

〈コメント〉

日帰り旅行は、事業所ごとに毎年全員参加で実施している。日頃の日中活動等の外出については、利用者の希望は特段取っていない。話し合う機会がないため、利用者の意見が反映される機会を意図的に設けることが望ましい。

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) · b · c
--	-----	-------------

〈コメント〉

法人内はもちろんのこと、法人外のグループホーム職員や居宅介護支援事業所等と連携し、相互に情報交換を行ってニーズの把握に努めている。また、現時点では地域への移行希望はないが、保護者の状況の変化や不測の事態に備えて、事業所として利用者に関する必要な情報を把握している。

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	a · b · c
<コメント> 保護者会を年に1回開催しており、要望等を伺う機会を設けている。満足度に関するアンケート調査等は行っていないが、日頃の連絡事項は「連絡ノート」を活用して情報共有を行っている。必要があれば面談等を適宜実施し、希望や要望等について話し合いを行っている。課題としては、家族に対して定期的な満足度アンケートの実施が望まれる。			
A-3 発達支援			
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

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 · b · c
<コメント> 非該当			
	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	a · b · c
<コメント> 非該当			
	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 · b · c
<コメント> 非該当			