

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：くすの樹	種別：生活介護・就労継続支援B型	
代表者氏名：今村 雄一	定員（利用人数）： 40名(60名)	
所在地： 愛知県知多郡東浦町藤江カガリ119		
TEL： 0562-82-4980		
ホームページ： https://r.goope.jp/higasiura/		
【施設・事業所の概要】		
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 相和福祉会		
職員数	常勤職員：15名	非常勤職員：22名
専門職員	（管理者）1名	（サービス管理責任者）1名
	（生活支援員）24名	（目標工賃達成指導員）3名
	（事務員）1名	（職業指導員）1名
	（調理員）3名	（看護師）2名
施設・設備の概要	（居室数）	
	（設備等）作業室（3か所）	ホール・ケーキ室・梱包室
	相談室・更衣室・シャワー室	トイレ・多目的トイレ（1か所）
	和室・エレベーター等	

③理念・基本方針

★理念

すべての人にとって 今日一日が充実し 満足できるものであり
明日への希望が 豊かなものであるよう努めます

★基本方針

- ・良質な環境を用意し 良質なサービスを実現
- ・企画力を高め サービスの差別化を図る
- ・顧客満足を高める
- ・全ての事業活動は迅速に行い 常にPDCAを意識する
- ・福祉サービスの基本は人材でありその専門性を高度に位置づける
- ・法令を遵守し、組織全体を適切に統治する

④施設・事業所の特徴的な取組

・就労継続支援B型事業について、2024年度の工賃支給において平均工賃が45,776円/月でした。これまで行ってきたシフォンケーキ製造に加えて、お菓子の加工内職に力を入れて取り組んできた成果がでています。

高い水準の工賃を支払うこと以外にも絵を描いたり、ダンス活動や障害者スポーツ、行事を通してくすの樹に通うことの楽しさも含めて利用してよかったと思えるよう日々励んでいます。

生活介護事業については日々行っている散歩に加えて室内で取り組める創作活動や音楽、手を使って行う様々な活動の充実に力を注いできました。一人ひとりの視点に立って活動がしっかりと行えているか確認する体制のもと、実施しています。

また、室内活動だけでなく概ね1か月に1回程度、水族館や昼食、プールなど普段の外出では行けないようなところに少人数で実施するグループ外出も力を注いでいます。

地域との繋がりにも力を注いでいます。シフォンケーキの贈呈事業、社会福祉協議会さんとの連携でにじどん、藤江小学校との交流会など地域との交流にも力を注いでいます。

その他、2023年度より宿泊体験事業を実施しており、自宅以外で宿泊体験をしたことがない方への体験を促進しています。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和7年8月8日（契約日）～ 令和8年3月26日（評価決定日） 【令和7年12月19日（訪問調査日）】
受審回数 （前回の受審時期）	7回（令和4年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆経営を取り巻く環境

社会福祉協議会や地域福祉計画策定委員会等に参加し、ここで得た情報を法人で共有して分析を行っている。共有や分析に留まらず、今後の法人や事業運営に対し、実効性のある計画を立てている。

◆事業運営の改善

第三者評価受審後、事業運営改善に向けて組織立てて改善計画を立案し、改善の取組みの進捗状況の確認を定期的に行っている。第三者評価や自己評価で「b」評価となった項目については、「a」評価とするための改善策を講じており、常に事業運営の改善に取り組んでいる。

◆利用者支援の根拠

利用者支援については、モンテッソーリ教育の手法を取り入れており、本人が活動内容を選択できる仕組み作りが確立されている。イベント（活動）への参加についても、利用者に対して参加希望調査を実施し、利用者の意向を尊重して参加の可否を決定している。社会福祉協議会によるイベントや各種教室等の案内を行い、利用者の自由意思による参加を促している。

◇改善を求められる点

◆汎用性のある実習生受入れの手順書

実習生の受入れに関する姿勢が定められ、手順書（手引きやマニュアル）に沿って受入れが行われている。ただ、「手引き」やマニュアルは社会福祉士を対象とした内容になっており、他の種類の実習生にも対応可能な汎用性のあるものとされたい。

◆規程およびマニュアル

ISO9001(品質マネジメントシステム)を導入していることもあり、各種の規程やマニュアルは丁寧に作成されている。マニュアル整備の状態は十分である。一方で、規程や各種マニュアルが膨大な量となっているため、職員が内容を把握しきれないケースがある。この点について、何らかの改善策を検討することが望まれる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回の評価において、法人およびくすの樹が行っている情報収集・共有体制やそれを事業運営に活かす取組、また第三者評価受審後も継続して改善に努めている点について評価していただき、大変ありがとうございます。

利用者支援においても、活動内容やイベント参加について本人の意向を尊重した支援体制が評価されたことは、日々の取組の励みとなります。

一方で、実習生受け入れ手順書の汎用化や、規程・マニュアルの整理と周知について指摘を受けた点につきましては、真摯に受け止め、改善に向けた検討を進めてまいります。

今後も評価結果を事業運営の質の向上につなげ、より良い支援の提供に努めてまいります。

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	①・b・c
<コメント> 理念や基本方針については、ホームページやパンフレットに記載がされている。さらに、事業所にも掲載し、利用者、職員、訪問者の目に付くようにしている。職員の周知については、名刺サイズのカードに印字したものを配付し、朝礼で読み合わせている。利用者へは、4月の朝礼で伝えている。保護者に対しては6月に開催する保護者説明会にて確認を行っている。			

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	①・b・c
<コメント> 自立支援協議会等に参加し、また協議会以外にも管理者は東浦町の地域福祉計画策定委員会に関わっていることから、地域の福祉動向等を把握している。これらの情報は、幹部会にて集約や分析が行われている。利用率等の経営的分析についても、幹部会にて確認している。			
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	①・b・c
<コメント> 経営状況については、年に2回、理事会で確認されている。職員に対しても決算書類を会議に出して詳しく説明し、人件費をはじめ事業運営の全般について理解を求めている。経営課題の改善等についても、事業計画に取り上げて取り組みが行われている。			

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	①・b・c
<コメント> 中・長期計画については、地域や福祉の動向に基いて立てられている。計画については幹部会を中心に立てられている。見直しについては、年に1度見直す他、修正が必要な場合には随時、見直しが行われている。			
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	①・b・c
<コメント> 中・長期計画に基いて、単年度の事業計画が策定されている。事業計画は活動内容が具体的に示されており、数値目標についても記載されている。この数値目標については、前年と比べた際に比較がしやすいことも狙いとしてある。進捗状況については、毎月の幹部会で確認が行われている。			

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	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> 事業計画について、毎月の職員会議で確認される他、幹部会においても進捗状況の確認がされている。見直しについては9月末に行われているが、事業計画の内容に大きな変更や修正をする場合には、会議で上がった意見を参考にしている。12月に理事会では、年度の事業計画について報告がされている。手順等が決められているが、職員への周知については弱い部分がある。		
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	① ・ b ・ c
<コメント> 保護者に対して6月に保護者会にて書面を配付し、事業計画を説明している。利用者については、4月1日の朝礼時に行われており、毎月の利用者自治会でも必要に応じて伝えている。配布文章は利用者が内容を把握しやすいよう、絵や写真を多用する等の配慮がある。また、資料を見た家族も、利用者がどのような活動を行ったのか振り返ることができる。		

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	① ・ b ・ c
<コメント> 毎年、サービス満足度調査を実施しており、集計したものを幹部会等で確認している。第三者評価も定期的に受審しており、第三者評価を受審しない年度においては自己評価を行っている。第三者評価の結果を受け、改善とその進捗状況の把握を行うにあたり、第三者評価に関する委員会が設置され、組織として取り組んでいる。		
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	① ・ b ・ c
<コメント> 第三者評価の結果に対し「b」評価だったものを「a」評価にすべく、担当する委員会を法人内に設置し、改善計画や進捗状況を管理している。利用者満足度調査については、その結果の内容を分析し、翌年の事業計画に反映させている。これらの内容は幹部会や職員会議で共有され、会議で上がった意見についても事業計画に反映させている。		

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	①	・ b ・ c
<コメント> 管理者の職責については、法人の「組織・職務規程」の中にある「職務分掌」に記載がある。「職務分掌」の内容を職員会議で定期的に確認し、パート職員については年に1度の契約更新時にも確認している。管理者不在時の権限委任先については「勤務表」に記載されており、職員周知が図られている。			
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	①	・ b ・ c
<コメント> 法令順守に関わる研修については、障害者支援施設部会への参加を通しての受講や安全運転講習、権利擁護に関するもの等があり、管理者が率先して受講している。職員に対しては、計画的な研修の実施があり、受講した研修内容についても職員会議を通して伝達を行っている。			
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	①	・ b ・ c
<コメント> 利用者満足度調査を実施して集計し、円グラフで視覚化して職員間で共有している。調査で挙げた課題については、事業計画に改善項目として掲げられている。改善内容については、毎月、進捗の確認を行っている。職員に対する内部研修については、計画に基づいて実施している。また、事業所の利用者像を踏まえ、強度行動障害の研修受講についても積極的に受講している。			
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	①	・ b ・ c
<コメント> 事業所の経営状況については、「経理ファイル」にチェックリストが示され、執行状況の把握がしやすいよう工夫している。超過勤務の状況や有給休暇の取得等については月単位で把握しており、幹部会で共有している。これらの情報で挙げた課題については、職員間でも共有されている。これらのことから、管理者自ら組織に対して直接的な働きかけを行っていると言える。			

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	①	・ b ・ c
<コメント> 正規職員の採用については、必要な人員について毎月の幹部会で共有し、この情報を基に法人が採用活動を行っている。採用活動と離職に対する分析を行い、職員の定着率の安定につなげている。職員の資格取得状況については、「資格一覧表」にて法人が把握している。法人として、資格取得のための研修会や新人職員研修等の内部研修計画が策定されている。			
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	①	・ b ・ c
<コメント> 昇進や昇格等については「職員給与規程」に記載し、法人として構築されているキャリアパスも「職員給与規程」と連動している。この他、法人としての人事考課制度がある。この人事考課制度については、個人目標の設定の記載の項目があり、この個人目標の進捗状況の確認を面談を通して行っている。期待する職員像については求人関連に記載がある。			
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り組んでいる。	障16	①	・ b ・ c
<コメント> 超過勤務の状況や有給休暇の取得等は、月単位で把握している。職員に対しては定期的に面談を実施し、職員の就業に関する意向等を聞き取っている。健康診断やストレスチェックを実施し、必要であれば産業医へつなげる仕組みがある。組織として思いやりパトロールがあり、職員間で配慮できる仕組みもある。その他、職員を対象とした交流イベントもある。			

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> 職員は「フィードバックシート」に半期の重点目標を記載し、管理者との年に2回の面談を行っている。面談では、職員自らが立てた目標と本人の業務の状況が乖離していないか確認している。修正が必要であれば、職員本人と確認を行い、実行性を高めている。期待する職員像を踏まえ、「フィードバックシート」の記載がされているかと言った視点については、弱さがある。		
II-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	障18	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 組織が必要とする職員の知識や技術、専門資格についての具体的な目標が、法人の「格付方法」に明記されている。内部研修は、法人が計画するものと事業所が計画する2種類がある。研修については、実施後の状況等に鑑み、見直しがされている。外部研修については、受講者の効果等を評価して次年度以降の受講を検討している。		
II-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	障19	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 新人職員に対して新人職員研修を実施している。既存の職員については、職員の支援技術等の水準を考慮し、外部研修を受講している。内部研修については、法人と事業所の2種類の計画を基に実施している。研修終了後には効果測定を実施し、職員ごとの効果や理解具合について確認している。		
II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。		
II-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・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> 実習生受入れに伴う基本姿勢については、実習指導者の資質向上、利用者の社会経験、実習生の理解や満足度等の内容が、実習生受入れの手引きに記載されている。また、受入れマニュアルについても整備されている。課題として、手引きやマニュアルが社会福祉士に限定した内容である点や、指導者に対する研修の実施が挙げられる。		

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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 法人のホームページに理念や基本方針、事業サービスの内容があり、決算や苦情、第三者評価についても記載がある。事業所のホームページには、活動のブログや動画が載っており、具体的な取組みが分かる。この事から、社会や地域に対して広く伝える意思がうかがえる。パンフレットや広報誌の配布についても、積極的に取り組んでいる。		
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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 経理や取引に関する内容については、法人の「経理規程」や「物品等購買取扱規程」に明記されている。職員への周知については、必要な内容と判断したものを職員会議等で伝えている。法人と契約した公認会計士が毎月経理書類を確認しており、会計監査を定期的実施している。経営改善については、本部繰入計画として補正予算を組み、経理と連携して対応している。		

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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 法人の「運営規程」に地域との関わりについて記載し、サービス計画にも記載している。地域との交流については、シフォンケーキの販売を通して様々な団体と関わりができています。地域貢献については、行政とタイアップし、地域の妊婦の方や婚姻届けを提出した方に、シフォンケーキをプレゼントしている。毎週金曜日には、地域コミュニティセンターを利用している。		

<p>Ⅱ-4-(1)-② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。</p>	障24	a ・ ㉑ ・ c
<p><コメント> ボランティア受入れの基本姿勢は、「ボランティア受入れ手引き」に記載されている。学校等への協力については、毎年夏休みに小学生や中学生、高校生の体験学習等の受入れがある。この他に、インターンシップの受入れも積極的に行っている。課題としては、ボランティア受入れの手続きに関する内容やボランティアへの研修の視点等が挙げられる。</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	㉒ ・ b ・ c
<p><コメント> 自立支援協議会や地域福祉計画策定会議、社会福祉協議会、地域のコミュニティの会議等に参加している。これらの会議で出た地域の共通課題について、法人の幹部会にて情報の共有が行われている。必要に応じ、職員会議でも情報の共有が行われている。課題解決の取組みの一つとして、福祉避難所の受入れの体制作りを行った。</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	㉓ ・ b ・ c
<p><コメント> 自立支援協議会や社会福祉協議会等の会議に参加することで、地域の課題の把握を行っている。地域コミュニティへの参加に加え、町の地域貢献活動支援事業への参画も行っており、共生社会の視点における地域ニーズの把握が行われている。この他、特別支援学校とも連携し、福祉サービスに関する情報の収集に努めている。</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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント> 障害者の将来の暮らしのニーズを把握し、短期入所の前段階として宿泊体験を実施している。特別支援学校の保護者の要望により、地域の福祉事業所と連携して情報提供の機会を設けた。地域課題である災害対策については、町と福祉避難所の協定を交わしている。地域で実施している避難所への1晩宿泊体験会への参加を検討をする等、新たな取組みについても進めている。</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	Ⓐ	・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>職員は法人理念や基本方針を記載した名刺サイズのカードを携帯し、朝礼で読合わせをしている。朝礼は職員の勤務時間帯に合わせ、3回（8時30分、9時00分、10時00分）に分けて行っている。これにより、出勤時間が異なっても伝達事項の共有が可能となっている。教育については、この朝礼時に虐待や権利擁護について、項目に分けて確認も行っている。</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	Ⓐ	・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>全ての正規職員には業務用のスマホが貸与されており、手引き各種もスマホのファイルから閲覧可能である。事業所内は1階が就労継続支援B型、2階が生活介護のスペースであるが、調査当日には、利用者の特性を考慮し、生活介護の利用者が1階の就労継続支援B型のスペースで落ち着いて課題や軽作業を行っていた。個別のパーティションが設置され、作業環境への配慮もみられる。</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><コメント></p> <p>ホームページは適宜更新されている。サービスの選択という点では、既存の利用者だけでなく、本施設に興味があったり利用を検討している利用希望者に対して、ホームページの項目で「利用するには」等の項目があると、より一層の理解が進むと思われる。</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	Ⓐ	・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用契約を行うにあたり、手順が定められている。利用者本人や家族に安心して利用してもらうために、原則として体験利用を行ってからサービスの開始につなげている。「契約書」等の関連資料にはルビが振られており、利用者や家族への配慮がみられる。意思決定困難な利用者に対しては、保護者の話を聞く等の対応をしている。</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	Ⓐ	・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>同法人内に相談支援事業所があるため、相談支援事業所との連携によって細かな情報の共有ができている。このことにより、事業所変更や家庭への移行に際しては、迅速で円滑な支援が可能となっている。</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><コメント></p> <p>利用者満足度調査を年に1度実施している。家族に対しては個別面談時に要望等についても聞き取りを行っている。アンケートや面談で聞き取った内容については、職員会議等で共有され、進捗状況についても確認されている。</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	Ⓐ	・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>苦情解決の体制については整備されており、仕組みを契約時に説明している。施設内には苦情解決に関する掲示があり、仕組みはパンフレットにも掲載されている。日常の利用者からの意見や苦情については随時対応し、早期の解決や改善を心掛けている。ホームページに、苦情に関する報告が掲載されている。事業報告でも苦情に関して（件数など）の報告がある。</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><コメント></p> <p>利用者に対して、いつでも相談ができる旨を記した書面を用意している。また、相談しやすい環境については相談室を設けており、利用者の希望した場面で対応している。利用者自治会では、その場で意見を話してもらう取組みも行っているが、仕組み（体制）の検討に改善の余地がある。</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><コメント></p> <p>利用者から直接相談をしたいとの希望がある場合には、その都度対応している。連絡帳等で相談があった場合には、連絡帳のページをコピーや口頭により管理者へ報告している。その後、管理者から対応への指示が出され、迅速な対応がとられた事例があった。報告について、口頭で行うと報告者のニュアンスが入ってしまう恐れがあるため、この点について検討を求めたい。</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><コメント></p> <p>ヒヤリハットや事故報告等のマニュアルは整備されている。手順に沿って担当職員が内容を整理し、職員会議で報告し、情報の共有化が図られている。全ての正規職員に業務用スマホが貸与し、現場にはフロアマネージャーが配置され、全体を俯瞰的に把握している。幹部会が月に1回実施され、法人内の関連施設ともヒヤリハットや事故報告の状況、対応方法について共有している。</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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>「運営の手引き」により、感染症予防や対応について確認することができた。この手引き（マニュアル）には対応手順が記されており、事故発生時に速やかな対応が可能である。職員教育については毎年実施しており、効果測定についても行っている。</p>		
Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	障39	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>BCP（事業継続計画）について、書面で確認することができた。このBCPを活用した訓練も実施されている。法人内には感染症、災害対策委員会が設置され、定期的に委員会が開催されている。食料や備品の備蓄品については管理リストが作成され、定期的に確認している。各施設では非常時用の発電機を所持しており、災害時の整備には厚みがある。</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><コメント></p> <p>「運営の手引き」に標準的な支援方法についての記載がある。また正規職員に支給されているスマートフォンから、「運営の手引き」をいつでも確認ができるようになっている。この標準的な支援方法に基づき、利用者個々の支援方法が確立し、支援者は利用者ごとの個人ファイルから支援内容が確認できるようになっている。</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><コメント></p> <p>標準的な支援方法が記載されている「運営の手引き」は、定期的、また必要に応じて見直しが行われている。見直し後は、職員会議等で職員への周知を行っている。標準的な支援方法に基づいて個人支援方法が実施されているが、「詳細デイリー」に支援方法の変更があった場合には、その内容が記載されている。各手引きには、更新日の記載もある。</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><コメント></p> <p>個別支援計画の策定には、サービス管理責任者の他に支援担当の職員も関わる。アセスメントの実施にあたり、手順書がある。アセスメント策定にあたっては、利用者本人や家族の要望を聞き取っている。支援困難ケースに対しては、職員会議で検討する等の対応をしている。</p>		
Ⅲ-2-(2)-② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	障43	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>個別支援計画については毎月実施目標を立案し、目標実行についての確認も行っている。評価方法については担当職員を中心に行うが、月間報告の記載はローテーションする仕組みになっている。このことから、一職員の偏った利用者の理解や把握を回避できており、適正な評価につながっている。全職員で全利用者を支援しうる体制が構築されている。</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><コメント></p> <p>福祉サービスを提供した日々の記録は、業務支援システムを導入して記録している。記録の内容や書き方について、以前は職員による表現や精度に差異があったが、校閲を重ねて標準化されてきている。また、書き方に差異がないかチェックする担当者が決められており、確認されている。情報の共有については、「業務日誌」として印刷し、翌日の朝礼で確認をしている。</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><コメント></p> <p>利用者に関する記録の保管は、事務所内で行われている。個人情報の取扱いについては、入社時に職員から「誓約書」を取っている。職員研修については、内部研修の中に「個人情報保護に関する研修」が予定されている。職場全体にコンプライアンス意識は高い。</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
<p><コメント></p> <p>作業や活動等について、利用者一人ひとりの取組の有無や適性等が、細かな項目ごとに「日中活動記録表」にまとめられ、客観的な評価をしている。活動については、利用者本人が希望する内容を尊重し、定型の作業や活動に捉われずに支援している。この他にも、新たな取組を絶えず検討しており、利用者の自己決定による選択肢の広がりにもつながっている。</p>			

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
<p><コメント></p> <p>朝礼時に、利用者への接し方について項目ごとに確認を行っている。全職員へ確認を行うため、職員の勤務時間に合わせて3回に分けて行われている。半年に1度、法人内の異なる施設職員による相互評価を実施しており、事業の透明性を高める取組みである。毎月「おもいやりパトロール」を実施し、気になる他の職員にも配慮する仕組みがある。</p>			

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
<p><コメント></p> <p>個別支援計画に基づき、利用者個別に対応している。日常の活動についても、利用者の活動の様子を項目ごとに分析し、エンパワメントを意識した取組みや対応を行っている。法人としてモンテッソーリ教育のアプローチを中心に支援を組み立てており、自身で活動等を選べない利用者には、職員が代わって提案している。支援全体にモンテッソーリ教育の手法を用いている。</p>			
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
<p><コメント></p> <p>コミュニケーションツールの一つとして、写真付きのカードを用いて意思の確認や情報の共有を図っている。この他、絵や文字を使い、利用者との意思疎通を図っている。適切なツールがなく、本人からの意思表示が難しい場合には、保護者に確認する等の対応をしている。</p>			

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
<p><コメント></p> <p>利用者から相談があった場合には、環境（場所や時間帯など）に配慮しながら、その都度適切な対応を心がけている。個別支援計画の説明時にも話を聞き、多角的に本人の意思を聞き取る工夫を行っている。直ぐに対応が困難な場合には、管理者や上司へも報告し、職員会議にて対応について検討している。この一連の流れについては、手順が決められている。</p>			
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
<p><コメント></p> <p>余暇活動やレクリエーションについて、音楽やフライングディスク、ポッチャ、ダンス等、様々なプログラムを用意している。日中活動については、利用者が当日希望した活動に対応できるよう、教具等を増やし、利用者本人が選択できる仕組みを構築している。地域の活動においては、毎週金曜日にコミュニティセンターにて活動する等、社会資源の活用もしている。</p>			
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
<p><コメント></p> <p>外部研修受講3ヶ月後に振返りを行っている。強度行動障害支援者養成研修においては、基礎研修～実践研修と受講を進めており、専門的な知識の修得を図っている。職員会議を通し、利用者の障害特性や状況について確認を行っている。また、統一した支援を行うため、支援内容をまとめた書面を作成し、職員間で共有を図っている。</p>			

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><コメント></p> <p>嗜好調査として、利用開始時にアセスメントを取っている。利用者の食事提供は状態に合わせて刻み食の対応をとり、アレルギーのある利用者については代替食で対応する等、きめ細かな対応を行っている。入浴希望者については隣接する入所施設「ひがしうらの家」で対応する等、土日を含めて年間360日開所している特徴を活かし、利用者の多様なニーズに応えている。</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><コメント></p> <p>利用者のプライバシーへの配慮については、限られたスペースを工夫して対応している。トイレの衛生保持については、定期的に衛生チェックを行う等の対応がある。今回の訪問調査の間取りの中で、トイレの衛生管理に関し、さらなる改善の工夫を要する要素があったため、原因・対策も含めて検討されたい。</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><コメント></p> <p>利用者の健康診断の結果と本人の希望を聞き、エアロバイクを使った運動を取り入れている。歯磨きやトイレ支援の必要な利用者に対しては、個別に対応している。車椅子利用の利用者に対しては、安全面に配慮して歩行訓練も行っている。専門職との連携については課題となっており、連携の具現化や、どのような職種と連携ができるか検討されたい。</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><コメント></p> <p>健康状態把握の方法として、検温や血圧測定を行っており、排泄の状況についても確認を行っている。健康診断の結果は看護師が把握し、必要であれば家族に報告や助言を行っている。体調変化等の対応については、「運営の手引き」に記されている。また、医療機関との連携についても、仕組みが確立している。</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	④ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>服薬支援についての手順が、「運営の手引き」に記載されている。以前、投薬ミスの誤薬事案があり、「運営の手引き」の修正が行われ、現在再発防止ができています。導尿が必要な利用者については、家族と看護師との連携が図られ、適切に対応されている。その他、日々家庭やグループホームは「連絡帳」を介して利用者の体調等について確認が取られている。</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	④ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>イベント（活動）への参加については、利用者に参加希望調査を実施し、利用者の意向を尊重して参加の可否を決定している。社会福祉協議会によるイベントや各種教室等の案内を行い、利用者の自由意思による参加を促している。</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	④ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>地域移行の希望があれば、相談支援事業所や関係機関と情報の共有を行い、適切に対応している。家族や本人の希望として、生活の場（住み家）の意向よりも、日中活動先（くすの樹）の継続的な利用希望が強いため、本人や家族との面談を通して希望の変化がないか、常に確認を取っている。</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 ・ b ・ c
<コメント> 保護者は存在しないが、保護者に対して事業報告会を実施しており、年2回の家族面談も行っている。日常においては、連絡帳を通してやり取りを行っているが、内容によってはSNSを活用する等の対応も行っている。		
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 ・ ② ・ c
<コメント> これまで（近年）、一般就労や就労継続支援A型への移行実績はないが、就労継続支援B型に留まらず、就職意欲の向上に努められたい。また、施設外実習等も積極的に取り入れ、利用者の就労意思の形成を促す取組みに期待したい。		
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	① ・ b ・ c
<コメント> 作業工賃は、個別支援計画に作業目標と目標工賃を定めて取り組んでいる。利用者の障害特性を踏まえ、補助具の準備や作業提案を行っており、本人のニーズに寄り添って対応している。利用者の工賃については「工賃規程」が定められており、原則、半年に1度工賃の見直しが行われている。		
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 ・ ② ・ c
<コメント> 事業所として、一般就労への支援については、相談支援事業所と連携して進めることとしている。現在は一般就労や就労継続支援A型への移行希望は出ていない。就労継続支援B型に留まらず、利用者の就職意欲の向上に努められたい。また、施設外実習等も積極的に取り入れることが期待される。		