

# 評価細目の第三者評価結果

（障害者・児福祉サービス分野）

## 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	コメント
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。	a	法人の基本理念「私たちは、真の愛情と科学に基づき人間の発達を正しくかつ豊かに保障し得る施設と社会作りを目指します」、法人設立の理念「障がい者と地域の共生」、法人の沿革（1975年の設立から50年が経過し、現在「生活介護」「就労継続支援B型」「計画相談支援」「共同生活援助」等を9つの事業所において運営している）等をwebサイトやパンフレット等に掲載している。パンフレットを利用者希望者や職員（入職時）に配布し、理念等を周知している。

### I-2 経営状況の把握

	第三者評価結果	コメント
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。	a	利用者に対する考え方・サービスの姿勢・信念・ビジョンを基に、法人の収益性や成長性を分析すると共に、業界の動向や今後のあるべき姿を反映した方針書を策定している。 経営上のスローガンを掲げると共に、業務の効率化、労働生産性の向上、労務の安定化、ハラスメントを防止する取り組み強化等を基本方針に掲げている。
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。	a	前期の評価に基づき、次期の経営課題を明確にしている。人材においては、人材育成制度に基づく育成、ハラスメント研修の実施、処遇改善、働きやすさの向上等を課題に掲げている。運営においては、各事業所間の連携強化、職員育成制度の推進、組織の改編等を課題に掲げている。設備においては、重度の利用者を支援するための環境整備を課題に掲げている。

### I-3 事業計画の策定

	第三者評価結果	コメント
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。	a	3年計画の「中期経営政策・戦略」を策定している。当該3年計画において、売上目標、社員数（非常勤を含む）、設備（新規事業開発計画、修繕計画等）、商品（生活介護において利用者支援が販売する商品）開発、地域戦略計画、組織づくりに関する中長期的な計画を策定している。また、業務の効率化、労働生産性の向上、労務の安定化、ハラスメントを防止する取り組み強化等を基本方針（中長期的な法人の運営方針）に掲げている。
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。	a	「中期経営政策・戦略」および基本方針等に基づき、単年の事業計画を策定している。2025年度は、「組織力向上で成長の道」というスローガンを掲げ、目標、重点方針、重点具体策を策定している。 重点方針では、業務の効率化を段階的に確立する、職員が声を上げられる職場環境を整備する、利用者の安定的なサービス利用を支援する等掲げている。 重点具体策では、OS機器を導入し業務の標準化と自動化を推進する、データ共有の仕組みを整備し部門間の連携強化と情報の有効活用を促進する、多様な意見を吸い上げる仕組みの導入と運用を行う、意見を組織運営に反映させるプロセスの明確化を図る、リーダーシップとロールモデルの育成を図る、利用者の健康管理や生活上の支援を行い、安定的な生活介護の利用、並びに、健康管理とメンタルヘルスサポートを強化する等掲げている。
I-3-（2） 事業計画が適切に策定されている。		
I-3-（2）-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	a	事業計画を策定するにあたって、定量分析や定性分析（内部要因の分析、外部要因の分析、予算総括等を行っている）等と共に前年度の振り返りを行っている。これらの評価や分析等に基づき、新たな目標、取り組み計画を策定するSPDCAサイクルを構築している。また、「中期経営政策・戦略」や方針書等の事業計画は、法人が運営する9つの事業所や職員に周知している。
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。	a	利用者で構成する自治会や、利用者の家族で構成する父母会において、「中期経営政策・戦略」や方針書等の事業計画等に関する説明、報告等を毎年年度末に行っている。 利用者で構成する自治会は年6回、利用者の家族で構成する父母会は年2回、定例会を開催している。

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	コメント
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。	a	サービスの質的向上を図るため、重点方針と重点具体策、実践行動具体策、担当者（責任者）、期限、ロードマップ（半期ごと）等を明確にしている。 重点方針においては、業務効率を向上させて持続可能な成長基盤を確立する、職員の多様な意見を組織運営に反映させるための職場環境を整備する、利用者が安心して通所系サービスを利用できるように支援することを掲げている。
I-4-(1)-② 評価結果に基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。	a	重点方針に基づく重点具体策および実践行動具体策を明確にし、重点方針の実現を着実に進展させている。一つの重点方針について、3項目の重点具体策を明確にすると共に、一つの重点具体策について、2～3項目の実践行動具体策を明確にしている。 業務効率を向上させて持続可能な成長基盤を確立する重点方針については、OS機器を導入し業務の標準化と自動化を推進する、データ共有の仕組みを整備し部門間の連携強化と情報の有効活用を促進する等の重点具体策を掲げている。 職員の多様な意見を組織運営に反映させるための職場環境を整備する重点方針については、多様な意見を吸い上げる仕組みの導入と運用を行う、意見を組織運営に反映させるプロセスの明確化を図る、リーダーシップとロールモデルの育成を図る等の重点具体策を掲げている。 利用者が安心して通所系サービスを利用できるように支援する重点方針については、利用者の健康管理や生活上の支援を行い、安定的な生活介護の利用を支援する、健康管理とメンタルヘルスサポートを強化する等の重点具体策を掲げている。

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	コメント
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。	a	業務効率を向上させて持続可能な成長基盤を確立する重点方針における、“OS機器を導入し業務の標準化と自動化を推進する”については、①非効率な部分やボトルネックな部分の特定、②OS機器の導入に対する効果測定等を実践行動具体策としている。“データ共有の仕組みを整備し部門間の連携強化と情報の有効活用を促進する”については、①部門連携等のためネットワーク整備、②データ活用上のルールの周知徹底、③適切なデータ活用のための「情報共有会議」の開催等を実践行動具体策としている。 職員の多様な意見を組織運営に反映させるための職場環境を整備する重点方針における、“多様な意見を吸い上げる仕組みの導入と運用を行う”については、①オンラインによる提案ができる環境整備、②職員対象のワークショップやタウンホールミーティングの開催等を実践行動具体策としている。“意見を組織運営に反映させるプロセスの明確化を図る”については、①意見に対する検討プロセスのフィードバック、②「意見会議」の開催等を実践行動具体策としている。 利用者が安心して通所系サービスを利用できるように支援する重点方針における、“利用者の健康管理や生活上の支援を行い、安定的な生活介護の利用を支援する”については、①魅力的なプログラムや訓練、活動の企画、②家族との連携強化等を実践行動具体策としている。“健康管理とメンタルヘルスサポートを強化する”については、①アセスメントの充実、②OJTや事例検討会の実施等を実践行動具体策としている。
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。	a	会議や研修を通じて法令や指定基準等を遵守することを職員に周知（虐待防止、事故防止のための理解を深める取り組みを含む）している。また、指定基準等関係法令の遵守や、事業所の指示、利用者との適切な関わり方、個人情報の適切な取り扱い等が着実に実行されていることを確認する取り組みを行っている。

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。	a	<p>“多様な意見を吸い上げる仕組みの導入と運用を行う”における①オンラインによる提案ができる環境整備については、取り組み期間を3か月としている。②職員対象のワークショップやタウンホールミーティングの開催については、6か月間で2回開催することとしている。</p> <p>“意見を組織運営に反映させるプロセスの明確化を図る”における①意見に対する検討プロセスのフィードバックについては、毎月行うこととしている。また、採用されなかった意見に関する理由についてもフィードバックすることとしている。②「意見会議」の開催については毎月開催することとしている。③リーダーシップとロールモデルの育成については、取り組み期間を3か月としている。</p> <p>“利用者の健康管理や生活上の支援を行い、安定的な生活介護の利用を支援する”における①魅力的なプログラムや訓練、活動の企画については、取り組み期間を3か月としている。②家族との連携強化については、2か月の取り組みを6か月で2回実施することとしている。</p> <p>“健康管理とメンタルヘルスサポートを強化する”における①アセスメントの充実については、毎月見直しを行うこととしている。②OJTや事例検討会の実施については、6か月において3回実施することとしている。</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。	a	<p>“OS機器を導入し業務の標準化と自動化を推進する”における①非効率な部分やボトルネックな部分の特定については、取り組み期間を2か月としている。②OS機器の導入に対する効果測定については、毎月行うこととしている。</p> <p>“データ共有の仕組みを整備し部門間の連携強化と情報の有効活用を促進する”における①部門連携等のためネットワーク整備については、取り組み期間を5か月としている。②データ活用上のルールの周知徹底については、取り組み期間を5か月としている。③適切なデータ活用のための「情報共有会議」の開催については、5か月間に渡り毎月開催することとしている。</p>

## Ⅱ－２ 福祉人材の確保・育成

	第三者評価結果	コメント
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。	a	<p>法人が組織的に職員募集方法の拡大をする取り組みを行っている（募集媒体の拡大、参加する合同説明会を増やす取り組み等）。加えて、経営課題においても、職員の定着率向上を掲げている（人材育成制度に基づく育成やハラスメント研修の実施、処遇改善、働きやすさの向上等）。</p> <p>昨年度は、生活支援員を2名、理学療法士と作業療法士をそれぞれ1名ずつ、計画的に採用している（事業所実績）。</p>
Ⅱ－２－（１）－② 総合的な人事管理が行われている。	a	<p>すべての職員について目標管理を行っている。目標管理は、初級、中級、上級・監督職、管理職の職責ごとに6か月単位で行っている。</p> <p>初級職と中級職では、業務目標（どのような仕事を、どのくらい、どのように）と自己啓発と能力開発目標（何を、いつまでに、どのレベルまで、スケジュール）を掲げ、6か月ごとに評価を行っている。</p> <p>上級職・監督職では、職責を踏まえた目標（達成レベル、業務に占める割合、難易度等）と能力開発目標（何をするのか、どのような成果を得られるのか、業務に占める割合、難易度等）を掲げ、実績と共に6か月ごとの評価を行っている。</p> <p>管理職では、管理職としての職責を踏まえた目標と能力開発目標を掲げ、実績と共に6か月ごとの評価を行っている。</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組んでいる。	a	<p>目標管理は、職責に応じた「目標管理シート」を活用して行っている。初級職と中級職については、職員による主体的な目標設定を行っている。上級職・監督職、管理職については、目標と難易度を上長の助言を踏まえて設定している。目標の設定や、目標を達成する取り組みに対する評価を行う際、個別の面接を行っているが、当該面接において職責や職種希望を把握する取り組みも併せて行っている。</p> <p>自己評価における当該項目については、“a”が59.1%、“b”が36.4%、“c”が4.5%となっている。</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 職員一人一人の育成に向けた取組を行っている。	a	職責や職種、働き方等の希望と職能要件（キャリアパス）に応じて、職員育成を図る研修を計画的に行っている。嚥下の基礎、医療的ケアの基礎、薬の基礎知識、感染症の予防と蔓延防止、職責や等級に応じた内容、強度行動障害、虐待・身体拘束の防止、BCP（業務継続計画）、AEDの取り扱い、ストレスケア、安全運転、意思決定支援、衛生管理等に関する研修を年間を通じて計画的に実施している。また、経験年数や希望に応じた外部研修の受講も推奨している。
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。	a	初級職（Ⅰ等級）、中級職（Ⅱ等級）、上級職・監督職（Ⅲ等級）のそれぞれに応じた職能要件（キャリアパス）を定めている。 Ⅰ等級では、食事（2項目）、入浴（5項目）、排泄（3項目）、清潔・整容（8項目）、移動（3項目）、危険回避（2項目）、リネン（3項目）、整理整頓（4項目）、生活相談（1項目）を設定している。 Ⅱ等級では、食事（10項目）、入浴（7項目）、排泄（7項目）、生活リハビリ（1項目）、清潔・整容（4項目）、移動（2項目）、危険回避（3項目）、リネン（3項目）、整理整頓（5項目）、着脱（4項目）、家族医療機関連携（1項目）、記録等（1項目）を設定している。 Ⅲ等級では、食事（2項目）、移動（3項目）、買い物・外出（4項目）、危険回避（4項目）、家族医療機関連携（1項目）、余暇支援（1項目）を設定している。
Ⅱ－２－（３）－③ 職員一人一人の教育・研修の機会が確保されている。	a	職責や職種、働き方等の希望と職能要件（キャリアパス）に応じた、内部研修や外部研修の受講機会を設けている。更に、職能要件（キャリアパス）に応じたスーパービジョンも実践的に行っている（食事、入浴、排泄、移動、コミュニケーション技術、強度行動障害への適切な対応等に関するOJTを個別に行っている）。 自己評価における当該項目については、“a”が63.6%、“b”が31.9%、“c”が4.5%となっている。
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。	a	「実習指導マニュアル」「実習マニュアル」を整備している。 「実習指導マニュアル」においては、実習指導者の役割、職員の役割、実習指導上の注意点、主な介護技術の指導ポイントを明示している。 「実習マニュアル」においては、守秘義務、服装、持参品、留意事項、休憩、実習記録等に関することを明示している。 昨年度は、教育実習生8名、保育士養成施設の学生2名の受け入れを行っている（事業所実績）。

### Ⅱ－３ 運営の透明性の確保

	第三者評価結果	コメント
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。	a	Webサイトを通じて、「所沢市立障害者施設作品展・地域活動支援センター紹介コーナー」に出店したことや、新しい介護用入浴機械を導入したこと、日常的な生活介護の様子等を写真と共に掲載している。また、2つのグループに別れて活動をおこなっていること、それぞれのグループにおける標準的な1日の流れ、支援内容（生活支援、活動、作業、外出、地域交流等に関する支援内容）、年間行事に関することも発信している。 第1グループ（「わかば班」と「つくし班」）では、主にリハビリや入浴、園芸、創作活動を行っていることを、第2グループ（「なぎさ班」、「オアシス班」、「スマイル班」）では、利用者同士の交流や楽しいやりとりの中でゆったりとした時間を過ごしていることを、それぞれ発信している。 更に、保護者（親、兄弟姉妹、成年後見人等）に対して、「個別支援計画」に関する報告を定期的に行っている（中間報告と年度末報告を行っている）。
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。	a	webサイトを通じて、法人の定款、理事名と役員名、「役員及び評議員の報酬並びに費用弁償に関する規程」、現況報告書（公益事業の実績、収益事業の実績、地域における公益的な取り組み、透明性の確保に向けた取り組み等）、資金収支計算書、事業活動計算書、貸借対照表等の開示を行っている。

### Ⅱ－４ 地域との交流、地域貢献

	第三者評価結果	コメント
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。	a	近隣の農園を借りて、大根やさつまいろ、とうもろこし、南瓜、長葱、ミニトマト、唐辛子、ジャガイモ、スナップエンドウ、玉葱、人参、ブルーベリー、キウイフルーツ、おくら、ゴーヤ等の栽培を生活介護の一環として行っている。 利用者が小学校を訪問してレクリエーションの授業（4年生）を受け取る取り組みや、小学生（4年生）が事業所で支援体験を行う取り組み等を行っている。 地域の文化祭において、利用者が製作したものや仕入れたものを販売する取り組みを行っている。

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。	a	ボランティアの受け入れに際して、守秘義務、留意事項等に関する ことを明示している。縫製ボランティアの受け入れを定期的に行って いる。また、当該ボランティア活動の中で利用者が作品を作る取り組 みも行っている（作品を販売する取り組みも行っている）。
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。	a	医療機関と連携し、利用者の訪問診療による受診機会を定期的に確 保している（サービス提供時間を通じて2名の看護師を配置してい る）。所沢市社会福祉協議会、利用者が契約する計画相談支援事業所 との連携も図っている。所沢市自立支援協議会（地域において障害者 の生活を支えるため、相談支援事業をはじめとするシステム作りに関 し中核的な役割を果たし、障害福祉サービスの提供体制の確保並びに 関係機関によるネットワークの構築及び推進等に向けた協議を行う） の部会活動と連携する取り組みも行っている。法人が運営する他事業 所の管理者やサービス管理責任者等との連携も図っている。
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。	a	所沢市社会福祉協議会や、利用者の「サービス利用等計画」を作成 する相談支援専門員、所沢市自立支援協議会等を通じて、地域の福祉 ニーズや地域課題等の把握を行っている。また、所沢市自立支援協議 会への参画を通じて、地域の重症心身障害者（児）の福祉ニーズを把 握する取り組みを行っている。
Ⅱ－４－（３）－② 地域の福祉ニ ーズ等に基づく公益的な事業・活動が行 われている。	a	「所沢市民フェスティバル」（2025年は405団体が参加し、2日間で 23万人が来場している）において、利用者が製作した作品や仕入れた 商品等を販売する取り組み、地域福祉ニーズへの相談対応を行う取り 組みを行っている。また、特別支援学校が実施する進路相談会に参加 する取り組みも行っている。

### 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	コメント
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。	a	利用者を尊重した福祉サービスを提供するため、障害者総合支援法 （障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律）第1 条に規定する目的（国民が相互に人格と個性を尊重し安心して暮らす ことのできる地域社会の実現に寄与することを目的とする等）や、第1 条の2に規定する基本理念（障害の有無によって分け隔てられることな く、相互に人格と個性を尊重し合いながら共生する社会を実現する 等）を理解する研修を行っている（新入職員研修において行ってい 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。	a	入浴介助に際しては、同性の職員による介助を基本としている。ま た、肌の露出を最小限にする配慮も行っている。着替える支援を行う 際や、トイレ内での排泄介助の際は、他者からの視線を遮蔽する対応 を行っている。おむつを交換する際の専用スペースを確保している。 入浴や着替え、排泄、おむつ交換以外の介助においても、利用者の自 尊心や羞恥心に配慮する対応を行っている。 自己評価における当該項目については、“a”が86.4%、“b”が 9.1%、“c”が4.5%となっている。
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。	a	webサイトには、「利用者さん同士の交流や創作活動など、豊かな日 常生活が出来るよう支援をしています」というサービス提供方針、 支援内容（入浴、歯科ブラッシング、健康診断、医療的ケア、リハビ リ等の生活支援、利用者自治会、サークル、散歩等の活動、陶芸、農 園芸、自主製品制作、企業受託作業、リサイクル等の作業、外出、地 域交流、季節の行事等）、一日の流れ、年間行事に関する情報を掲載 している。また、これらのサービス提供に関する写真も活動報告とし て掲載している。 パンフレットには、第1グループと第2グループの活動内容を掲載し ている。第1グループについては、理学療法に基づくストレッチ、入 浴・排泄・食事の介助、職員と一緒に内職や製品製作、季節に応 じた創作活動を紹介している。第2グループについては、内職や染色、 缶つぶし等の作業、リサイクル品の回収、散歩、創作活動等を紹介し ている。 また、特別支援学校から実習生を受け入れている（進路選択として の受け入れ）。
Ⅲ－１－（２）－② 福祉サービスの 開始・変更に当たり利用者等に分かり やすく説明している。	a	サービス提供の開始にあたり、契約内容（目的、期間、支援計 画、サービス内容、利用料、事業者の基本的義務、事業者の具体的義 務、事故と損害賠償、契約の終了事由、利用者からの中途解約、事業 者からの契約解除、苦情解決等）に関する説明を行っている。 また、契約と併せて重要事項説明書（設備の概要、利用時間、利用 日、職員配置と配置基準、自立支援給付と利用料金、給付されるサー ビス内容、給付対象外のサービス、苦情解決責任者、苦情受付窓口、 第三者委員、行政その他の苦情受付機関、虐待防止責任者、虐待防止 に関する窓口等）に関する説明を行い、当該説明に対する同意を得て 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。	a	契約の終了にあたり、利用者の希望により医療機関や、その他のサービスを提供する事業所等の紹介を行う体制（円滑なサービス移行のための体制）を構築している。介護保険の第1号被保険者資格を有する利用者（1名）や、第2号被保険者資格を有する利用者（28名）については、介護保険法の指定サービス（介護保険施設や、居宅サービス、地域密着型サービス等）への円滑な移行ができるようにする体制を整備している。
Ⅲ－１－（３） 利用者満足の上昇に努めている。		
Ⅲ－１－（３）－① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a	利用者が構成する「自治会」を設置している。「自治会」を代表する自治会長を利用者の互選により選出している（任期は1年）。役員は、5つの班（「わかば班」「つくし班」「なぎさ班」「オアシス班」「スマイル班」）から1名ずつ選任している。「自治会」では2か月ごとに定例会を開催している（職員が必要な支援を行っている）。七夕や秋祭り、クリスマス、節分等の季節イベントについては、「自治会」が企画や運営を主導している（職員が必要に応じて支援している）。
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。	a	重要事項説明書に、苦情解決責任者（施設長）、苦情受付窓口（サービス管理責任者）、第三者委員（2名）、受付時間（月曜日～金曜日の9：00～16：00）を明示している。また、直接申し出ることが憚られる場合には、第三者に申し出ることができることを明示している（所沢市社会福祉施設運営調査委員会と埼玉県運営適正化委員会の連絡先、受付時間を明示している）。「自治会」を通じた苦情や要望等への対応も、これらに準じて行っている。
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。	a	「自治会」（定例会）において、利用者が意見や要望等を出しやすくなる機会を設けている。「個別支援計画」の見直しを行う際、利用者や家族から意見や要望等の聴取を行っている。「連絡ノート」を活用して意見や要望等の把握も行っている。保護会やSNS（チャット機能）等を通じて意見や要望等を把握する取り組みも行っている。 また、昼食（給食）の献立に関するリクエストを受け付ける機会を設けている。「給食会議」において、受け付けたリクエストを検討する取り組みを行っている。5つの班（「わかば班」「つくし班」「なぎさ班」「オアシス班」「スマイル班」）からのリクエストによる献立を、毎月順番に提供している。
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。	a	自己評価における当該項目については、「a」が63.6%、「b」が27.3%、「c」が9.1%となっている。 利用者調査における「施設での日常生活において、あなたの相談や要望には、きちんと対応してくれますか」については、「きちんと対応してくれる」が44.4%、「まあまあ対応してくれる」が50%、「あまり対応してくれない」が、5.6%となっている。また、当該項目について「利用者が多い中、要望を聞いて、それを実行してくれます。この2、3年でかなり変化しています。サビ管の存在が大きいです」「入浴を嫌がったとき、不自由な体なのに、自分で洗うことを促されました。家族から伝えた後は改善されました」等の意見もある。
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。	a	「管理者会議」「サビ管・研修委員会」「虐待防止委員会」「BCP委員会」「広報委員会」「保健委員会」を法人に設置し、サービス提供上のリスク低減を組織的に図っている（それぞれの委員会等においてリスクマネジメントを行っている）。また、事業所では、アクシデントやインシデントの事例を事故防止のために活用する取り組みも行っている。
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。	a	利用者は、感染症への罹患が重症化するリスクになる可能性が高いため「保健委員会」を組織している。同委員会において、感染症対策に関する研修の立案（年2回以上）や、訓練の立案（年2回以上）等を行っている。また「BCP委員会」を組織し、感染症の蔓延に伴う事業継続計画（初動対応の手順や内容、休業の検討、蔓延の防止体制等を定めている）の作成・更新や、BCPに関係するマニュアルの作成・更新等を行っている。
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。	a	「BCP委員会」を組織し、災害に伴う事業継続計画の作成・更新や、BCPに関係するマニュアルの作成・更新等を行っている。当該計画においては、リスクの把握（ハザードマップの確認、被災想定）、優先業務の選定（優先する事業や業務）、研修や訓練の実施、BCPの検証や見直し、平常時の対応（建物と設備の安全対策、電気・ガス・水道が止まった場合の対策、トイレ対策、汚物対策等）、緊急時の対応（BCP発動基準、行動基準、対応拠点、安否確認、休憩・宿泊場所、勤務シフト、復旧対応、他施設との連携、地域との連携等）等を定めている。

## Ⅲ－２ 福祉サービスの質の確保

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。	a	標準的なサービス提供方法や、緊急時の適切な対応を担保するため、「入浴管理マニュアル」、「緊急時対応マニュアル」（事故発生時の対応、溺水事故発生時の対応、AEDの取り扱い、緊急時の引き渡し等）、「個人情報管理マニュアル」、「危機管理マニュアル」、「苦情対応マニュアル」（苦情解決指針）等のマニュアルを整備している。また、研修や会議等において、これらの周知を図る取り組みを組織的に行っている。
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。	a	「入浴管理マニュアル」「緊急時対応マニュアル」「個人情報管理マニュアル」「危機管理マニュアル」「苦情対応マニュアル」、事業継続計画（BCP）等については、「管理者会議」（月1回）や「サビ管会議」（月1回）、「サビ管・研修委員会」（月1回）等において定期的な見直しの検討を行っている。必要に応じて、個別の検討（定期的な検討を除く）も行っている。 自己評価における当該項目については、“a”が54.5%、“b”が36.4%、“c”が9.1%となっている。
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的な福祉サービス実施計画（個別支援計画）を適切に策定している。	a	サービス提供開始前の利用者の生活状況、週間、好きなことと嫌いなこと、健康状態、障害の状態、家族との関係等を把握すると共に利用者の課題分析を行っている（独自のアセスメントを行っている）。また当該アセスメントに基づき、相談支援専門員が「サービス等利用計画」を策定し、サービス管理責任者が「個別支援計画」を策定している。法人が運営する「計画相談支援事業所」（こみゅーと）と契約する利用者として、外部の「計画相談支援事業所」と契約する利用者がいる。このため、こみゅーとと外部の「計画相談支援事業所」との連携を同じように図り「個別支援計画」を策定している。
Ⅲ－２－（２）－② 定期的に福祉サービス実施計画（個別支援計画）の評価・見直しを行っている。	a	「個別支援計画」の目標は、短期目標と長期目標のそれぞれを設定し、6か月ごとにモニタリングを行っている。当該モニタリングの結果を踏まえ、「個別支援計画作成会議」において「個別支援計画」の評価と見直しの検討を合議的に行っている。また、利用者の身体状況や精神状態の変化に合わせ、必要に応じた見直しやその検討も行っている。
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）－① 利用者に関する福祉サービス実施状況（個別支援計画）の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	a	毎日、送迎の有無、通所時刻、早退時刻（早退した場合のみ）、食事摂取量、入浴の有無、服薬の状況、身体拘束（車いすの使用に伴うベルト着用の有無と部位、ベッド使用時のサイドレール使用、緊急やむを得ない身体拘束の有無等）、日課（内職、製品、創作、読み語り、入浴、全体活動、散歩、缶つぶし、リラクゼーション等）、体調等に関する記録を個別に行っている。また、医療的な対応が必要な利用者については、体調や実施した医療的対応に関する記録を別途行っている。 支援に関わる職員が、毎日、記録に関する共通認識を図っているが、「班会議」や「全体会議」においても、利用者の状態や変化に関する共通認識を図っている。
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。	a	「サービス等利用計画」や、アセスメントシート、「個別支援計画」、「支援記録」、「面談記録」、医療的な対応に関する記録等は、サービス管理責任者が一元的に管理している。 自己評価における当該項目については、“a”が72.7%、“b”が27.3%となっている。

## A 個別評価基準

## A-1 利用者の尊重と権利擁護

	第三者評価結果	コメント
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。	a	<p>利用者の意思や自己決定を尊重するため「自治会」を設置している。「自治会」を代表する自治会長を利用者の互選により選出している（任期は1年）。役員は、5つの班（「わかば班」「つくし班」「なぎさ班」「オアシス班」「スマイル班」）から1名ずつ選任している。「自治会」では2か月ごとに定例会を開催し、利用者同士で話し合い、合議的に物事を決定する取り組みを行っている（職員が必要な支援を行っている）。</p> <p>また、サービス管理責任者や担当職員が、必要に応じて個別の対応（支援）を行っている。</p> <p>自己評価における当該項目については、“a”が77.3%、“b”が18.2%、“c”が4.5%となっている。</p>
A-1-（2） 権利侵害の防止等		
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。	a	<p>利用者の有する権利を擁護するため、障害者総合支援法（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律）第1条の2に規定する基本理念（障害の有無にかかわらず、等しく基本的人権を享有するかけがえない個人として尊重されるものである等）を理解する研修を行っている（新入職員研修において行っている）。</p> <p>また、全職員を対象として、利用者の意思決定支援に関する「意思決定支援研修」を行っている。「虐待防止委員会」を毎月開催し、インシデントの共有や、虐待がないことの確認（虐待が疑われることも含めた確認）、研修計画の策定等を行っている。</p> <p>利用者の意思や自己決定を尊重すると共に、利用者の権利を擁護する観点から、利用者による「自治会」を設置している。「自治会」の円滑な運営のため、話し合うテーマの整理や、提案に対する実現可能な範囲の明確化等の支援も行っている。</p> <p>自己評価における当該項目については、“a”が59.1%、“b”が36.4%、“c”が4.5%となっている。</p>

## A-2 生活支援

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。	a	<p>「運営規定」第2条第1項において、「事業所は、利用者が自立した日常生活または社会生活を営むことができるよう、利用者の意向、適性、障害の特性その他の事情を踏まえて個別支援計画を作成し、これに基づき利用者に対して障害福祉サービス提供すると共に、その効果について継続的な評価を実施することその他の措置を講ずることにより利用者に対して適切かつ効果的に障害福祉サービスを提供しなければならない」と定めている。</p> <p>自己評価における当該項目については、“a”が59.1%、“b”が36.4%、“c”が4.5%となっている。</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。	a	<p>言語的コミュニケーションが困難な方に対しては、写真やイラストを活用して、クローズドクエスション（選択する形式）によるコミュニケーションを図っている。また、利用者の希望や状態等に応じて、トーキングエイドを活用したコミュニケーションも行っている。作業手順を理解する際は、利用者の理解力やコミュニケーション力等に応じた支援（職員が行う作業を見ながら手順等を習得してもらう等の支援）を行っている。</p> <p>自己評価における当該項目については、“a”が68.2%、“b”が22.7%、“c”が9.1%となっている。</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。	a	<p>「個別支援計画作成会議」において、利用者の意思に関する情報共有や、支援内容に関する要望等を共有する取り組みを行っている。また、障害特性にかかるサービス利用上、生活上の相談、サービス内容や「班」、作業の変更に関する相談、仕事や社会参加に関する相談、サービスの移行に関する相談等にも応じている。</p> <p>自己評価における当該項目については、“a”が68.2%、“b”が31.8%となっている。</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。	a	<p>第1グループでは、バイタルチェックや水分補給等の後、10：00～14：40までの間、「班」（「わかば班」と「つくし班」）ごとの日中活動を行っている。第2グループでは、ミーティングや水分補給の後、10：00～14：45までの間、「班」（「なぎさ班」、「オアシス班」、「スマイル班」）ごとの日中活動を行っている。</p> <p>「わかば班」では、グリセリン石鹸の製作と販売、絞り染め巾着の製作と販売等を行っている。</p> <p>「つくし班」では、和紙の折り染めを使ったヘアゴムやミニ封筒、ストラップ、キーホルダーの製作と販売、ビーズを使ったプレスレットの製作と販売等を行っている。</p> <p>「なぎさ班」では、チラシ折、段ボールやアルミ缶回収と販売等を行っている。</p> <p>「オアシス班」では、絞り染めを施した汗拭きや布巾等の製作と販売、野菜（大根やさつま芋、とうもろこし、南瓜、長葱、ミニトマト、唐辛子、ジャガイモ、スナッPEndウ、玉葱、人参、ブルーベリー、キウイフルーツ、おくら、ゴーヤ等）の栽培と販売等を行っている。</p> <p>「スマイル班」では、お茶（抹茶入り煎茶、抹茶入り玄米茶、ほうじ茶、紅茶）の販売、「トコロん」（所沢市のゆるキャラ）を刺繍した布の製作と販売、クリスマスキャンドルやモザイクキャンドルの製作と販売、陶器（小鉢、湯呑、箸置き、平皿、小皿、茶碗等）の製作と販売、フェルト素材の動物やおにぎりを使ったキーホルダー、ヘアピン等の製作と販売等を行っている。</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。	a	<p>利用者の「障害支援区分」や、精神的な状態、希望等に応じた「班」における日中活動を支援している。「障害支援区分」は、「4」が9名、「5」が18名、「6」が30名で、平均が「5.37」となっている。自己評価における当該項目については、「a」が77.3%、「b」が18.2%と、「c」が4.5%となっている。</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。	a	<p>利用者の状態やニーズ等に応じて日常生活上必要な介助を行っている。食事介助が必要な利用者は16名、口腔ケアに介助が必要な利用者は53名、入浴介助が必要な利用者は9名（入浴は希望に応じて対応しており、希望しない場合は入浴は行わない）、排泄介助が必要な利用者は47名、着脱の介助が必要な利用者が47名（季節に応じた対応を含む）となっているが、利用者の状態や希望等に応じて柔軟な対応を行っている。また、これらの身体的介護については、自立を支援する観点から、基本的に介助を最小限にとどめる対応を行っている。自己評価における当該項目については、「a」が81.8%、「b」が36.4%となっている。</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。	a	<p>部屋ごと（「班」ごとに区画されている）に温度調節を行っている。利用者によっては温度調節に特別な配慮が必要なため、担当職員が連携を図っている。また、専門業者による消毒を年1回、職員が行う大規模消毒を年2回行っている。自己評価における当該項目については、「a」が50.0%、「b」が45.5%、「c」が4.5%となっている。</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。	a	<p>看護師（4名）、理学療法士（2名）、公認心理士（2017年度に施行された「公認心理士法」に基づく国家資格）等の専門職員を配置している。利用者の状態や希望等に応じて、これらの専門職員が専門的な見地から機能訓練等の内容を合議的に計画している。機能訓練としては、歩行機能や姿勢保持、嚥下機能、筋力の維持向上を図る訓練等を行っている。また、生活訓練としては、口腔ケアや着脱の自立を図る訓練等を行っている。自己評価における当該項目については、「a」が77.3%、「b」が22.7%となっている。</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。	a	<p>第1グループの利用者は、サービス提供開始時（9：45）にバイタルチェックを行っている。また、体調変化が認められる場合、入浴前等においてもバイタルチェックを行っている（全ての利用者が対象）。嘱託医（内科医）による訪問診療の機会を毎月確保している。訪問診療は「班」ごとに行っている（一人の利用者が受診する機会は1.5か月に1度）が、体調に応じて柔軟な対応も行っている。また、体調に変化が認められる場合は、家族と連携した対応を行っている。自己評価における当該項目については、「a」が81.8%、「b」が9.1%、「c」が9.1%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。	a	<p>受診の際は、医師からの説明を利用者と一緒に行う対応を必要に応じて行っている。医療的な指導（体重管理やカロリーの摂取管理、塩分の摂取管理、胃ろうや投薬、排便の管理等）を受けている利用者については必要な対応を行っている。また、医師が薬を処方する上で必要な情報（日常的な体調、コミュニケーションの状態、薬の影響と考えられる状態等に関する事）の提供を行っている。自己評価における当該項目については、「a」が77.3%、「b」が18.2%、「c」が4.5%となっている。</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。	a	<p>利用者が日中活動において製作した作品（仕入れた商品にラベルを張り付けたものを含む）を販売する取り組みを行っている（近隣の公民館、金融機関の従業員を対象にした販売会、「所沢市民フェスティバル」等において販売している）。また、外出を実施し、利用者の社会参加を支援している。外出は、大規模商業施設のフードコートで食事をしたり、買い物をする機会を設けるイベントとして毎年実施している。</p> <p>自己評価における当該項目については、“a”が54.5%、“b”が40.9%、“c”が4.5%となっている。</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。	a	<p>段ボールやアルミ缶の回収、製作における必要物品の調達（近隣のホームセンターや100円ショップ等での購入を利用者と一緒に行う）等を通じて利用者の地域資源活用を支援している。また、利用者と一緒に、図書館で本や紙芝居を借りる取り組みも定期的に行っている。借りてきた本や紙芝居の読み聞かせを隔週で行っている。</p> <p>自己評価における当該項目については、“a”が31.8%、“b”が54.5%、“c”が13.6%となっている。</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。	a	<p>保護者会を年2回開催している。保護者会には、過半数の保護者（世帯）が出席している。「個別支援計画」の評価に合わせて保護者と面談する取り組み（年2回）を行っている。体調に変化が認められる場合は、家族との連携を図り必要な対応を行っている。また、SNSを活用し、家族との連絡を日常的に行っている。</p> <p>自己評価における当該項目については、“a”が77.3%、“b”が22.7%となっている。</p>

## 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。		障害児入所支援、障害児通所支援を実施していないため評価外
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。		就労移行支援、就労継続支援、就労定着支援等を実施していないため評価外
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。		就労移行支援、就労継続支援、就労定着支援等を実施していないため評価外
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。		就労移行支援、就労継続支援、就労定着支援等を実施していないため評価外