

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	社会の付託に応え得る事業経営に万全を期すことや社会福祉の事業観等、法人の理念を明示すると共に、「共愛会五訓」や「共愛会Mission」「共愛会Vision」「共愛会Credo」「基本方針」を明示している。職員に対しては「年末反省会」「年頭連絡会」「職員会議」「新任研修」において、これらに対する認識や理解を深める取り組みを行っている。保護者に対しては「保護者会」「保護者会役員会」「利用者共済会運営委員会」「施設だより」を通じて、これらを周知する取り組みを行っている。また、webサイトでもこれらを発信している。

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	損益計算書や貸借対照表等に基づき、経営成績と財政状態の把握を行っている。事業所を運営する法人は、共愛学園（児童部と成人部）、ときわ寮（男子寮と女子寮）、あしひ寮、共愛会職業センター、ワークショップ南羽生、共愛会グリーンハイツ、ベーカリーもみの木、北埼玉障がい者基幹相談支援センター、須影保育園、ふたばくらぶ、すかげ児童クラブ、特別養護老人ホーム木犀館等の事業運営を行っている。このため、法人としての経営状況を総合的に把握している（会計監査人による監査も実施している）。また、それぞれの事業所における経営成績や財政状態についての課題把握も行っている。
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	財務内容の健全性を確保するため、年間の收支予算を編成すると共に、計画的な予算執行を行っている。本年度は、長期的な経営課題の一つとして、法人全体で職員確保の取り組みを組織的に行っている。職員確保のために、WebサイトやSNSを活用した取り組みを強化している。また、近隣の大規模商業施設において職員を募集するイベントを単独で開催している（2025年1月）。当該イベントには2日間で50名程度の求職希望者が参加し（内5名が見学に訪れている）、1名が採用に至っている。

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	法人全体としての「基本方針」（①有為な人材の確保と育成、②付加価値とオリジナリティの創出、③利用者の住環境のさらなる整備と充実、④社会の付託に応えた事業の運営、⑤高齢者対策、⑥ノーマライゼーションとは何かの模索とその実現に向けて、⑦災害時及び非常時対策、⑧業界の五つ星を目指して）を長期ビジョンとしている。また、「共愛会Mission」「共愛会Vision」「共愛会Credo」を策定し、これらの実践を長期ビジョンとしている。「共愛会Mission」等の実践に向け、本年度から、「共愛会Credo」の行動基準の中で、「笑顔で寄り添い耳を傾け、言葉にならない“心の声”を大切にしよう」「“自分らしく過ごしていただきたい”…豊かな人生。それが私たちのサービスレベルの基本でありたい」「“喜んでいただきたい”…この想い。ニーズを汲み取り、より付加価値の高いサービスを提供しよう」に纏わるエピソードを、一人ひとりの職員が昼礼において発表する取り組みをはじめている。自己評価における当該項目については、56.7%が“a”、36.7%が“b”、6.6%が“c”と回答している。

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	2025年度は、「共愛会Credo」を活用した職員育成（支援力の向上を含む）を図る、ICTとアナログを併用する形で組織力の向上（縦横の関係強化）を図る、という重点目標を掲げている。また、当該重点目標に基づき「法人をリードする事業所になる」という最低目標（①支援力No.1、②職員育成力No.1、③組織力No.1、④真のICT活用モデル）も掲げている。①では、利用者本位の徹底、画一性の最小化等を、②では、「共愛会Credo」等の活用促進等を、③では、横のつながりを強化する等を、④では、ICTとアナログの併用等を掲げている。 自己評価における当該項目については、46.7%が“a”、46.7%が“b”、6.6%が“c”と回答している。
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。	b	「職員会議」等において、事業計画（①「共愛会Credo」を活用した職員育成（支援力の向上を含む）を図る、②ICTとアナログを併用する形で組織力の向上（縦横の関係強化）を図る）に関する周知を図っている。 自己評価における当該項目については、30%が“a”、60%が“b”、10%が“c”と回答している。
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。	b	利用者や家族に対しては、書面を通じて事業計画（①「共愛会Credo」を活用した職員育成（支援力の向上を含む）を図る、②ICTとアナログを併用する形で組織力の向上（縦横の関係強化）を図る）の周知を行っている。事業計画に関連する情報の掲示も行っている。 自己評価における当該項目については、26.7%が“a”、50%が“b”、23.3%が“c”と回答している。

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	利用者一人ひとりの意向等を把握する取り組み（管理職の職員）や、毎月開催する「サービス改善向上委員会」（当該委員会において利用者と直接対話する機会を設けている）において、利用者の意見や要望等の把握を行っている。また、「保護者会」や面会の際等においても、保護者からの意見や要望等の把握を行っている。そして、意向や要望等に対する対応方法の検討を「施設長会議」や「職員会議」等において行っている。対応の内容や結果を「サービス改善向上委員会対応の経過記録」に記録し、対応や回答に遺漏がないようにする取り組みも行っている。
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	支援の質的向上を図るため、「個別支援計画」、「個別支援計画会議」の議事録、「支援経過」（モニタリングの記録）、「支援経過会議」の議事録、「本人のニーズの整理」、「ケース記録」、「利用者状況」、バイタルサインの測定結果、食事や排泄等に関する記録、報酬請求と連動した「サービス利用実績記録」等のICT化を計画的に行っている。また、迅速な支援と支援の効率化を図るために、「掲示板」（職員の申し送り事項を入力する）の活用や、入力や確認ができる端末を全職員が所有する取り組み、職員同士が常時連絡を取り合えるインカムの導入等も計画的に行っている。

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	「社会福祉事業は利益を追求しないサービス産業である」という社会福祉の事業観に基づき、経営層は、事業の近代化を推進する取り組みや、ヒューマニティーとサイエンスの調和や均衡のとれた利用者支援体制を確立する取り組み、利用者一人ひとりの命と向き合った処遇の実現を目指した取り組み等をリードしている。さらに、利用者の高齢化が進展していることに伴い、利用者の状態に鑑みた新たな対応方法（転倒や誤嚥等の事故を防止する力を高める、利用者の精神状態や健康状態等に応じて対応方法を変える等）を模索する取り組み等をリードしている。
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	「クレド運営委員会」を組織し、福祉サービスを提供する上で守るべき法、規範、倫理等や各種ハラスマントに対する職員の理解を深める取り組みを行っている。「共愛会Credo」をポケット版で作成し、必要に応じていつでも確認できるように「共愛会Credo」を全職員が携帯する取り組みも行っている。利用者に対する虐待を防止するため、「虐待防止研修」を定期的に実施している。さらに、「虐待防止チェックリスト」を活用したチェック（年2回実施）を実施し、職員の適切な言葉遣いや、利用者の尊厳を保持した適切な対応等の確認を行っている。
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	利用者の個別性を重視することや、高齢化等への対応力強化を重要課題として、提供するサービスの質的向上と職員の資質向上を図る取り組みに指導力を発揮している。「クレド準備委員会」を設置し、「共愛会Credo」「共愛会Mission」「共愛会Vision」等を組織的に策定した。これらの策定にあたり、全ての事業所から「クレド準備委員会」の委員を50名程度選出し、策定までに20回程度の協議を重ねた。また、策定過程において、職員へのアンケートを実施した（職員の意見を「共愛会Credo」等に反映させた）。現在は、「共愛会Credo」等の策定が完了したことを受け、これらに対する職員の理解を深めることへの注力にシフトしている。
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。	a	管理者は、利用者の高齢化に伴う個別的な対応について、指導的な役割を果たしている。きめ細やかな支援内容を検討する、利用者のニーズを職員が連携して把握する、研修内容の充実を図る、「個別支援計画」や「ケース記録」等のICT化、職員間の連携を強化する等の取り組みを管理者がリードしている。

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	利用者の人格と人権を尊重すること、熱意と情熱をもって職務を遂行すること、秩序と規律を重んじ自分の仕事に責任をもつこと、仕事に誇りをもつこと等を「求める人材像」としている。また、利用者の目線や立場で考えて行動することや、利用者の健康と安全に配慮したサービスを提供すること、正しい倫理観と危機管理意識をもつことを「職員に期待すること」としている。これら「求める人材像」や「職員に期待すること」に加え、「共愛会Credo」を理解して実践できること、責任感や使命感を有すること等を基準に計画的な採用活動を行っている。
II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b	年3回人事考課を行い、職員の評価と処遇等を運動させる取り組みを行っている。人事考課は、12項目についてそれぞれ5段階で評価する仕組みになっている。人事考課の公平性を確保するため、施設長が全職員に対する評価を一元的に行っている。現在、人事考課の評価項目を改編する取り組みを組織的に行っている。

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。

II-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取組んでいる。	a	精神的負担の軽減を図るメンタルヘルスの取り組みや、ストレスチェックも定期的に行っている。有給休暇の取得を促進する取り組み（直近1年間では100%取得している）を行い、働く意欲と定着率の向上を図っている。さらに、職員の親睦を図るための親睦旅行、料理教室、ヨガ教室等のレクリエーションを実施している。2025年度の親睦旅行では、南極観測船“しらせ”の見学日帰りツアー、大相撲の観戦日帰りツアー、ディズニーランドの日帰りツアーを実施した。
--	---	--

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	<p>「クレド運営委員会」が、キャリアパス制度（キャリアマップに基づく目標設定を行う）の改編と、「クレドマスター制度」の新設に向けた取り組みを行っている。</p> <p>キャリアマップでは、熟年キャリア、マネジメントキャリア、教育キャリアのそれぞれにおいて、レベル1、1.5、2、2.5、3、4までの6段階を設定し、8段階のクレドマスター認定と連動させる計画である。</p> <p>「クレドマスター制度」は、「共愛会Credo」にマッチすることで評価される仕組みになっており、「クレドマスター表彰」と「クレドマスター認定」で構成される。</p> <p>「クレドマスター表彰」は、在職年数に関わらず「共愛会Credo」にマッチする考動が認められる職員を表彰するもので、職員による投票で選出する。（予定）</p> <p>「クレドマスター認定」は、一定の認定基準を満たすと、段階的に、ビギナー、ホワイト、ブロンズ、シルバー、ゴールド、プラチナ、サブマスター、クレドマスターと認定される（8段階）。認定者には、職能手当とは別に「クレドマスター手当」が支給される。（予定）</p> <p>新入職員に対しては担当者を配置して個別の指導（OJT）を一定期間に渡り行っている。</p>
-----------------------------------	---	--

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	「基本方針」に「有為な人材の確保と育成」と、「付加価値とオリジナリティの創出」、「社会の付託に応えた事業の運営」等を掲げている。「基本方針」に基づく職員育成を組織的に行うため、「施設内研修委員会」を設置し、計画的な研修を実施している。法令により実施が義務付けられている研修に加え「職員研究会活動」（法人が組織している）による研修を計画的に実施している。当該活動においては、意思決定支援に関する研修や、アンガーマネジメント研修、普通救命講習、レクリエーションに関する研修、障害者福祉制度に関する研修、介護技術を習得する研修、ロジカルシンキングに関する研修、メンタルヘルスに関する研修等を実施している。
--	---	---

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	毎年、管理職による職員の個別面談を実施して、一人ひとりの目標や、職場環境・利用者支援・人間関係に関する悩み等を把握すると共に、職員の希望、経験年数、職責等に応じた資格取得や、外部研修への参加等を支援している。また、社会福祉士や介護福祉士、強度行動障害支援者養成研修の資格取得を支援しており、受験対策にかかる費用を支援する取り組みや受験対策を支援するための勤務調整、資格に応じた手当の支給等を行っている。
-------------------------------------	---	---

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。	a	<p>実習生の受け入れ態勢を構築し専門学校生や大学生の実習生を受け入れる取り組みを行っている。年間20名程度の実習生を受け入れている（一人の学生につき、2日間～4週間程度の受け入れを行っている）。</p> <p>自己評価における当該項目については、46.7%が“a”、46.7%が“b”、6.6%が“c”と回答している。</p>
--	---	--

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、法人会長（前理事長）のメッセージ（「社会福祉事業は利益を追求しないサービス産業」である）、「基本方針」（有為な人材の確保と育成、付加価値とオリジナリティの創出、利用者の住環境のさらなる整備と充実、社会の付託に応えた事業の運営、高齢者対策、ノーマライゼーションとは何かの模索との実現に向けて、災害時及び非常時対策、業界の五つ星を目指して）、法人概要、法人組織図、1962年4月の開設から現在までの沿革、公開情報（定款や役員報酬基準等）等を公開している。また、「重要事項説明書」をエントランスに掲示し、誰でも閲覧できるようしている。
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 法人会長は、「社会福祉事業は利益を追求しないサービス産業」である（時代の趨勢と社会事業を取り巻く実情に鑑み、平成15年度を「共愛会変革元年」と位置づけ、真に社会の付託に応え得る事業の経営に万全を期すとともに、とりわけハード面の整備とソフト面を支える有為な人材の確保に努めております。又、「斯業は利益を追求しないサービス産業である」というのが私の社会事業観であります、当法人ではこれからもこうした理念の実現に向けて、事業の近代化を強力に推進していくとともにヒューマニティとサイエンスの調和と均衡のとれた利用者支援体制の確立と、利用者一人一人の命と向き合った処遇の実現に向けて万全を期してまいりたいと思います）という運営方針を発信し、多岐に渡る事業（共愛学園、ときわ寮、あしひ寮、共愛会職業センター、ワークショップ南羽生、共愛会グリーンハイツ、ベーカリーもみの木、北埼玉障がい者基幹相談支援センター、須影保育園、ふたばくらぶ、すかげ児童クラブ、特別養護老人ホーム木犀館等）の公正な経営や運営に対するガバナンスを図っている。

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 法人が管理するコミュニティホール「らいらっく」（バスケットボールのコート3面分の広さで、ステージや将棋のスペースがある）の貸出を地域住民向けに行っている。また、地域住民との交流を目的とした、地域住民も参加できるイベントを実施している（「らいらっく」において実施する納涼祭や秋祭りには60名以上の地域住民が参加している）。法人が運営する障害児入所施設・障害者支援施設、保育所の利用者と交流する機会も設けている。さらに、須影小学校PTAの廃品回収を通じた地域交流も行っている。 自己評価における当該項目については、43.3%が“a”、46.7%が“b”、10%が“c”と回答している。
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。	b ボランティア受入担当者の配置、「ボランティア実施計画」の策定、オリエンテーションの実施等、ボランティアの受入体制を整備している。 自己評価における当該項目については、40%が“a”、46.7%が“b”、13.3%が“c”と回答している。
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。	a 「非常災害対策計画」（災害情報の入手方法、災害発生時の連絡先（行政機関、ライフライン、医療機関、職員等）、避難場所・経路・方法（利用者の自力移動の可否、1対1の支援の必要性、車いすの必要性等）、食料と防災資材の備蓄、防災教育や訓練の年間計画、外出時や通院時に地震が発生した場合におけるフローチャート等を示している）において、関係機関との連絡体制を明確にしている。また、必要に応じて、警察や消防、地域包括支援センター、保険者等との連携を図っている。

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	<p>「基幹相談支援センター」（羽生市、行田市、加須市からの受託により運営している）を通じて、地域の障害者福祉に関する情報収集や福祉ニーズ等を把握する取り組みを行っている。また、知的障害者に対する福祉サービスを提供する事業者や、知的障害以外の障害者福祉に関する事業者、高齢者福祉に関する事業者等で構成する「羽生市福祉関連法人連絡会」への参画を通じて、地域の現状や課題、福祉ニーズ等に関する情報収集も行っている。さらに、東京都社会福祉協議会や埼玉県社会福祉協議会からも、福祉事業の動向に関する情報収集等を行っている。</p> <p>自己評価における当該項目については、50%が“a”、40%が“b”、10%が“c”と回答している。</p>
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。	b	<p>法人は、地域福祉の基幹事業者として1962年から60年以上に渡り、地域福祉に寄与する取り組みを多様な形で行っている。</p> <p>自己評価における当該項目については、36.7%が“a”、53.3%が“b”、10%が“c”と回答している。</p>

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 利用者が支援を拒む場合は、利用者の気持ちや状態に合わせた対応を行っている（利用者の生命や財産等に重大な影響を及ぼさない範疇において、利用者の意思や気持ちを尊重している）。また、利用者とのコミュニケーション技術を高めるため、「アンガーマネジメント研修」を実施している。さらに、適切な言葉遣いや接遇、支援を実践するため、「共愛会Credo」を全職員が携帯する取り組みも行っている。加えて、利用者との直接的なコミュニケーションを図るため、利用者も参加する「サービス改善向上委員会」を組織している（毎月開催している）。
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。	a 「個人情報保護規程」に基づき、利用者や保護者の個人情報を適切に取り扱う取り組みを行っている。利用者宛の郵便物は、利用者自身による開封を支援すると共に、必要に応じて保護者に転送する等の対応を行っている。意思表示が困難な利用者に対しては、表情や仕草を踏まえて利用者の気持ちを汲み取る等の対応を連携して行っている。排泄を促す声をかける場合は、他の利用者に気づかれないよう声をかける等の配慮を行っている。入浴や排泄の介助を行う場合は、肌の露出を最小限にする、基本的に同性の職員による介助を行う等の対応を行っている。
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。	a 利用希望者に対して、法人概要（組織図や沿革等）、法人が運営する事業内容（障害福祉サービス事業、就労支援事業、保育事業、介護老人福祉施設等）等を記載したパンフレットを配布している。また、webサイトを通じて、法人会長のメッセージや、事業所のメッセージ（利用者の安心・安全を常に考え、笑顔で過ごせるように支援している等）、基本方針、事業内容（障害の程度に応じた生活支援を行うと共に、軽作業等の生産的活動の機会を提供し、身体能力、日常生活能力の機能向上に努めている等）、生活介護を中心とした標準的な日課、年間スケジュール等を発信している。
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（支援）の開始にあたり、契約内容や重要事項の説明を行い、当該説明に対する同意を得ている。重要事項説明書には、法人の概要、施設の概要（施設の種別、事業内容、目的、対象者、運営方針、居室や設備の概要等）、職員の状況（主な職員の配置状況、職員の勤務体制等）、日課の概要、処遇の原則、サービスの概要（「施設入所支援」と「生活介護」の内容、自立支援給付の対象外となるサービス、利用料と支払方法、虐待の防止について、要望等の受付について（第三者委員や埼玉県運営適正化委員会の連絡先を含む）、緊急時における対応方法、利用資格、誓約書の提出、利用者等の遵守事項等を記載している。
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、利用者の希望に応じて、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（19名）や、第2号被保険者資格を有する利用者（26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。	a	<p>利用者満足の向上を図るため、「サービス改善向上委員会」を設置している（全ての利用者が出席する形で、毎月開催している）。当該委員会において、利用者の意見や要望等の把握を行っている。また、「保護者会」や面会の際等においても、保護者からの意見や要望等の把握を行っている。さらに、意向や要望等に対する対応方法の検討を「施設長会議」や「職員会議」等において行っている。</p> <p>「支援経過会議」（モニタリング会議）や「ケース会議」において、利用者の希望や状態等に関する共通認識を図っている。</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。	a	<p>「要望受付・解決制度」に基づき、利用者や保護者等の意見や要望等に対して必要な対応を行っている。重要事項説明書や「保護者会」を通じて、「要望受付・解決制度」の仕組みや、要望等の相談担当者（課長）、解決担当者（施設長）、解決責任者（理事長）等を利用者や保護者に周知している。直接事業所に訴えることが憚られる場合や第三者に訴えたい場合は、事業所以外の苦情解決制度（第三者委員会や都道府県社会福祉協議会における運営適正化委員会等を活用した苦情解決制度等）が活用できることを利用者や保護者に周知する取り組みも行っている。</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。	a	<p>利用者一人ひとりの意向等を把握するため、「サービス改善向上委員会」を設置している。当該委員会において、利用者の意見や要望等の把握を行っている。また、「保護者会」や面会の際等においても、保護者からの意見や要望等の把握を行っている。そして、意向や要望等に対する対応方法の検討を「施設長会議」や「職員会議」等において行っている。</p> <p>自己評価における当該項目については、60%が“a”、30%が“b”、10%が“c”と回答している。</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。	a	<p>苦情解決に向けた取り組みを着実に実行するため、苦情の主旨や対応の内容、苦情区分、検討内容等を「苦情解決内容」に記録する取り組みを行っている。苦情区分は、0～5まで6段階設定している（“0”は直ぐに解決可能な場合、“1”は直ぐの解決が可能であるが、放置すると苦情に発展する可能性がある場合、“2”は何らかの回答を求められている場合、“3”は強い感情や意思がある場合、“4”は請求レベル、“5”は責任追及レベル）。</p> <p>自己評価における当該項目については、60%が“a”、36.7%が“b”、3.3%が“c”と回答している。</p> <p>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73.3%、「まあまあ対応してくれる」が6.7%、「あまり対応してくれない」が6.1%となっている。</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。	a	<p>事故を防止するため、「事故防止マニュアル」や、事故事例と事故に繋がりそうになった事例の活用を行っている。また、感染症の発生と蔓延を防止するため、「感染症予防マニュアル」「職員感染予防マニュアル」「新型コロナウイルス感染防止マニュアル」等の活用も行っている。想定外の事案が発生した場合等、必要に応じて、これらのマニュアルを改訂する取り組みも行っている。さらに、警察の協力を得た「防犯研修」の実施や防犯カメラの設置等、防犯対策の取り組みも行っている。大規模災害の発生に備え、「災害時相互三者協定」の締結も行っている。</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。	a	<p>「感染対策委員会」（感染症等の発生を防止するための現状把握と改善の検討等を行う）を設置している。また、「感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための対応マニュアル」を整備し、手洗いやうがい、消毒の徹底を図る取り組みを行っている。当該マニュアルや事業継続計画（BCP）の理解を深めるための研修も計画的に行っている。</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。	a	<p>「非常災害対策計画」を策定し、災害関連情報の入手方法（気象情報、洪水情報、水位到達情報等）、災害発生時の連絡先（行政機関、ライフライン、医療機関、職員等の連絡先）、避難場所・避難経路・避難方法（利用者の自力移動の可否、1対1の支援の必要性、車いすの必要性等を含む）、関係機関との連絡体制、食料と防災資材の備蓄、防災教育や訓練の年間計画、外出時や通院時に災害が発生した場合の手順等を明確にしている。また、当該計画や「大規模災害時対応マニュアル」、事業継続計画（BCP）の理解を深めるための研修も計画的に行っている。</p>

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	職員が分担して、災害時や不審者侵入時等のマニュアル（8種類）、事故や利用者の搜索、体調急変時等のマニュアル（9種類）、医療的対応や感染症防止等に関するマニュアル（5種類）、食事の支援や食品衛生等に関するマニュアル（4種類）、入浴支援に関するマニュアル（2種類）、排泄支援に関するマニュアル、口腔ケアに関するマニュアル、清掃に関するマニュアル（2種類）、季節に応じた衣類や寝具の管理に関するマニュアル（2種類）、勤務体制（早番、遅番、夜勤）ごとの業務手順書、新人教育実施手順書、虐待防止マニュアル等を作成している。これらのマニュアルを理解する研修も計画的に行っている。
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	毎週開催する「職員会議」において、マニュアルや手順書等を見直す検討を行っている。また、「ケース記録」、「利用者状況」、「生活介護」と「施設入所支援」の業務日誌（これらの日誌は、データではなく、紙による記録を行っている）等を通じて、利用者の状態に関する共通認識を図ると共に、利用者への対応や利用者とのコミュニケーションに関する成功事例の共有を行っている。さらに、「個別支援計画会議」や「支援経過会議」において、利用者の精神状態、身体状況、ニーズ等の変化に起因する変更（支援内容や支援方法の変更）の検討を行っている。

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	「個別支援計画会議」において、合議的に「個別支援計画」を作成している。当該計画の作成に先立ち、利用者の希望や要望、課題、ニーズ等の整理を図っている（「本人のニーズの整理」を作成している）。当該計画における目標は、「本人のニーズ整理」や「フェイスシート」の情報に基づき設定している。また、目標（長期と短期）と共に、支援内容、留意点、目標達成までの期間、優先順位等を明確にしている。 自己評価における当該項目については、73.3%が“a”、23.3%が“b”、3.3%が“c”と回答している。
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	「支援経過会議」（モニタリング会議）を6か月ごとに行い、到達目標と提供したサービス内容に対する評価や、目標の見直し等を行っている。当該モニタリングの結果を踏まえ、当該会議において「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。 自己評価における当該項目については、60%が“a”、36.7%が“b”、3.3%が“c”と回答している。

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	利用者ごとのサービス提供結果を「ケース記録」（利用者の表情や仕草、サークル活動における様子、「サービス改善向上委員会」に参加した様子、利用者から受けた要望等に関する記録）に記録している。「生活介護」の業務日誌には、支援内容、利用者の状況、行事にすること、外来者の状況、施設の状況等を記録している。「施設入所支援」の業務日誌には、在籍者数、外泊者数、入院者数、21：00～7：00における排泄介助等を記録している。この他に、17：00～9：00の利用者の様子やバイタル測定の結果等を「利用者状況」に記録している。
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。	a	「個別支援計画」、「個別支援計画会議」の議事録、「支援経過」（モニタリングの記録）、「支援経過会議」の議事録、「本人のニーズの整理」、「ケース記録」、「利用者状況」、バイタルサインの測定結果、食事の摂取状況、排泄に関する記録等のICT化を図り、データによる情報共有を行っている。また、職員の勤務交代に合わせた申し送りを行うと共に、健康状態の変化や服用する薬に関する注意事項、薬の変更等を記録した「連絡・周知事項及び確認表」に関する申し送りも行っている。迅速な支援と支援の効率化を図るため、インカムも導入している。

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	「生活介護」においては、「軽作業班」「歩行散策班」「個別リハビリ班」を設け、精神状態や身体機能等に応じた支援を行っている。「軽作業班」においては、「たれビン」（うな重にかける“たれ”を入れるための容器）の蓋を付ける作業の支援を行っている。「歩行散策班」においては、30分以上の歩行やラジオ体操等をすることの支援を行っている。「個別リハビリ班」においては、ADLが低下している利用者を対象として、作業療法士と連携した個別のリハビリを支援している。また、利用者が自らの意思で「班」を選択できる支援も併せて行っている。
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	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の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。 「サービス改善向上委員会」において、利用者の意見や要望等を把握する取り組みを行っている。把握した意見や要望等を「生活介護」や「施設入所支援」に反映させている。食事については、「サービス改善向上委員会」や3か月に1度実施する嗜好調査を通じて、食べたいものや要望を把握し、それらを「選択メニュー」（主菜や副菜、おやつが選択できるようになっている）や、「リクエスト献立」（カツカレー、ソースかつ丼、ラーメン等の中でリクエストの多いものを提供する）に反映させている。

A-2 生活支援

第三者評価結果	コメント	
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	自立性の維持や向上のため、テーブル拭き、配膳、後片付け、清掃等、日常生活に必要な作業に利用者が関わることを意図的に支援している。モップがけをする職員を見ていた利用者がモップがけをしたこときっかけに、エアコンフィルターの清掃を手伝う利用者や、洗濯物をたたんで居室に運ぶ利用者等が増えている。これらの作業においては、利用者が行う作業を単純化して、利用者のやる気や主体性、達成感等の醸成も支援している。また、関わる作業の選択において利用者同士がトラブルにならないよう、必要に応じて役割を分担する支援を行っている。 自己評価における当該項目については、50%が“a”、50%が“b”と回答している。
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。	a	利用者の意見や要望等を受容すると共に、利用者の気持ちや不安に寄り添うため、非言語的コミュニケーションの実践を行っている。言語的コミュニケーションが困難な利用者に対しては、写真やイラストを活用して、クローズドクエスチョン（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、コミュニケーションボードや「○×表」等の活用も行っている。 自己評価における当該項目については、66.7%が“a”、33.3%が“b”と回答している。
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。	a	「個別支援計画会議」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、障害特性に関する相談、生活上の相談、サービス（支援）内容や「班」、作業の変更に関する相談、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。 自己評価における当該項目については、60%が“a”、40%が“b”と回答している。
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。	a	「軽作業班」においては、「たれビン」（うな重にかける“たれ”を入れるための容器）の蓋を付ける作業の支援を行っている。「歩行散策班」においては、30分以上の歩行やラジオ体操等をすることの支援を行っている。「個別リハビリ班」においては、ADLが低下している利用者を対象として、作業療法士と連携した個別のリハビリ（体幹を整える、ストレッチ運動や、座位のまま上肢を伸ばして、“輪っか”をポールに通す、輪投げのような運動によるリハビリ）を支援している。また、利用者が希望する「班」での活動を選択できるように支援している。 自己評価における当該項目については、50%が“a”、50%が“b”と回答している。

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。	a	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3名、「5」が3名、「6」が42名で、平均が「5.81」となっている。 自己評価における当該項目については、70%が“a”、30%が“b”と回答している。
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。	a	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5名、口腔ケアに介助が必要な利用者は48名、入浴介助が必要な利用者は48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10名、着脱の介助が必要な利用者が10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、60%が“a”、40%が“b”と回答している。
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。	a	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、63.3%が“a”、36.7%が“b”と回答している。
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。	a	「生活介護」においては、「障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン」に基づき、自分で名前が記入できること、内容を理解した上で活動に参加することができること、食べ物の違いを理解してメニューの選択ができること、季節や活動に合わせた衣服を自分で選択できること、自己決定ができること、必要な支援を行えばこれらができると等を把握する取り組みを行っている。これらに加え、利用者の気持ちや意欲等を尊重して、食事・入浴・清潔保持・排泄・移動・移乗・更衣・活動等の支援（できることは自分で行うことを働きかける）を行っている。 「施設入所支援」においては、当該ガイドラインに基づき、利用者の状態把握を行っている。把握した状態や、利用者の生活リズムを尊重し、利用者の自立を高める食事・入浴・清潔保持・排泄・移動・移乗・更衣・整容等の介助や支援を行っている。また、安定した睡眠のために「生活介護」との連携を図り、日中の活動量を増やす取り組みを行っている。 自己評価における当該項目については、46.7%が“a”、50%が“b”、3.3%が“c”と回答している。
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。	a	起床後や入浴前に、検温（全員）、脈拍と血圧（高血圧者対象）の測定を行うと共に、利用者の状態に応じて医療機関の受診を支援している。また、職員が連携して排便の状態（形状や色、回数、時間帯等）を把握している。「栄養ケア計画経過会議」を定期的に開催し、個別の「栄養支援計画」（食事形態、摂取状態、支援方法等を明確にしている）を作成している。さらに、栄養アセスメントや栄養スクリーニングを実施し、当該計画を見直す検討も行っている。加えて、利用者の食事に対する興味が増進するよう、調理した料理の写真や絵の掲示も行っている。 自己評価における当該項目については、76.7%が“a”、20%が“b”、3.3%が“c”と回答している。

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。	a	<p>受診の際は、医師からの説明を利用者と一緒に受ける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、投薬等）を受けている利用者に対し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こと）の提供を行っている。</p> <p>また、服薬における失念や過誤等を防止するために、「服薬マニュアル」や「服薬チェック表」（利用者ごとに薬の種類や数量、服薬支援を行った者の氏名等を入力する）を活用している。薬局から届けられた薬（利用者ごとに、かつ、服薬する時刻ごとに分けたもの）は、所定の場所に保管している。服薬を支援する際は、一人の職員が服薬の直前に入居者名と薬の名称、数量、服薬日時を声に出して読み上げ、もう一人の職員が飲み込んだことを目視する取り組みを行っている。薬袋は、服薬後すぐに廃棄せず、利用者が服薬した薬や量の確認を行った後に廃棄している。</p> <p>自己評価における当該項目については、73.3%が“a”、26.7%が“b”と回答している。</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>「福祉健康祭り」（羽生市の主催）や「ふれあい祭り」（地域の医療機関の主催）、地域防災訓練等、利用者の地域行事への参加を支援している。散歩に合わせて、利用者と一緒に周辺のごみ拾いを行っている。利用者が地域で買い物をする支援も行っている。また、毎年、利用者が近隣の高校生と交流する支援（福祉系高等学校の生徒が授業として、散歩や手遊び等を利用者と一緒にを行う）を行っている。さらに、衆議院議員、参議院議員並びに地方公共団体の議会の議員及び長を選出する公職選挙において、利用者が演説を聞く支援や、投票する支援も行っている。</p> <p>自己評価における当該項目については、23.3%が“a”、66.7%が“b”、10%が“c”と回答している。</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。	a	<p>自立した生活の実現に向けて、利用者が欲しいものを自らの意思で購入する買い物の支援や、近隣の飲食店において外食する支援等を行っている（支払いまで一貫して行うことも支援している）。法人では、利用者の地域移行に向け「共同生活援助」事業所を増やす取り組み（現在6事業所）を行っている。また、「共愛会職業センター」を設置し、「就労継続支援B型」の事業を行っている（衣料縫製品のプレス作業、ビニール製品の加工と袋詰め作業、リネンサプライに関連する作業、パンの製造と販売等を支援している）。数名が地域移行を実現させている。</p> <p>自己評価における当該項目については、26.7%が“a”、56.7%が“b”、16.6%が“c”と回答している。</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。	a	<p>保護者に連絡をする場合は、利用者に確認した上で連絡する取り組みを行っている（利用者が望まない場合があるため）。利用者の帰省したい気持ちが強い場合は、保護者の理解と協力を得る支援を行っている。毎年6月に開催している「保護者会」や面会の際に、日頃の利用者の様子や連絡事項等を保護者に伝える取り組みを行っている。また、必要に応じて電話で利用者の様子を伝える支援や、「施設だより」を通じた情報提供も行っている。保護者が遠方に居住している場合、個別の事情がある場合等は、希望に基づきオンラインによる面会支援を行っている。</p> <p>また、利用者と保護者に対して「生活介護」を評価した「生活介護評価表」と「施設入所支援」を評価した「支援経過」に関する説明を行っている（説明への同意も得ている）。この際、日頃の利用者の様子や利用者に関する情報の提供も行っている。「個別支援計画」の評価や見直しに際して行う再アセスメントに合わせて、「本人のニーズの整理」（利用者の希望や要望、合議的に検討した利用者の課題やニーズ等を記載するもの）の作成も行っている。「本人のニーズの整理」で得た新たな希望やニーズ等を「個別支援計画」に加える等の取り組みを行っている。</p> <p>自己評価における当該項目については、53.3%が“a”、43.3%が“b”、3.3%が“c”と回答している。</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