

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2022 年 3 月 14 日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構 宛

〒 004-0072

住所 札幌市厚別区厚別北2条4丁目1-2

電話番号 011-558-0058

評価機関名 株式会社ソーシャルリサーチ

認証番号 北海道 20-003

代表者氏名 代表取締役 小野寺さゆみ



下記のとおり評価を行ったので報告します。

記

評価調査者氏名・ 分野・ 評価調査者番号	評価調査者氏名		分野	評価調査者番号
	(1)	奥村真一郎	総合	第0270号
	(2)	小野寺さゆみ	総合	第0116号
	(3)	佐藤みどり	総合	第0262号
	(4)			
	(5)			
サービス種別	就労継続支援 (A型)			
事業所名称	株式会社ウェイブアイ			
設置者名称	株式会社ウェイブアイ			
運営者(指定管理者)名称				
評価実施期間(契約日から報告書提出日)	2021 年 10 月 18 日	～	2022 年 2 月 2 日	
利用者調査実施時期	2021 年 10 月 26 日	～	2021 年 11 月 14 日	
訪問調査日	2021 年 12 月 22 日			
評価合議日	2022 年 1 月 13 日			
評価結果報告日	2022 年 3 月 14 日			
評価結果の公表について運営者の同意の有無	<input checked="" type="radio"/> 同意あり <input type="radio"/> 同意なし			
※評価結果の公表について運営者が同意しない場合のみ理由を記載してください。				

北海道福祉サービス第三者評価結果公表事項

①第三者評価機関名

株式会社ソーシャルリサーチ

②運営者（指定管理者）に係る情報

名称：株式会社ウェイブアイ

代表者氏名：代表取締役 新井 誠志

所在地：〒053-0033 苫小牧市木場町1丁目4番13号
BTGグループビル2F

Tel 0144-32-2950

③事業所の基本調査内容

別紙「基本調査票」のとおり

④総評

◇特に評価の高い点

1. 管理者の強いリーダーシップ

令和3年10月に着任した管理者が「幸せの追求」という理念の実践に向け、強いリーダーシップを発揮し、率先して事業所の改善に取り組んでいます。事業所内での情報共有とコミュニケーション改善をテーマに、職員・利用者が気軽に会話ができる環境づくりに取り組み、事業所の雰囲気改善や作業効率の向上につながっています。また、身体・知的・精神障害者と、特定疾患（難病）の利用者を受け入れ、利用者の特性に合わせた合理的な配慮を行っています。さらに、残業ゼロを推進するなど、ワークライフバランスに配慮した取組も行っています。

2. 地域で期待されるデスクワークを始めとした多彩な作業を提供できる作業所

インターネット通販を主力事業とし、体調に合わせて仕事を調整しやすいデータ入力を中心としたデスクワークや梱包・発送などの軽作業を行う事が出来ます。また、事業所外就労の場としてリサイクルショップでの接客の業務を選択することもできます。利用者の障害の特性に合わせた配慮をしながら、得意な分野の知識や能力を活かしたり、スキルアップしながら意欲的に働けるよう経営上でも業務拡大に取り組んでいます。今後も、苫小牧地域で、デスクワークなどの業務の提供ができる事業所として、多様な利用者を受け入れていくことや、事業拡大とともに利用者の活躍の場を増やすことも予定しています。

3. 作業の効率化と作業チームの取り組み

利用者は作業ごとにチームを作っています。チームリーダーの職員がまとめ役となり、メンバーの能力の分析を行い、利用者が作業手順を理解できるようマニュアルをこまめに更新しています。このような取り組みにより、利用者の適正に合った仕事の分担や、作業の効率化と安全性の向上を図っています。作業の進め方なども、一方的に指示するのではなく利用者の意見を取り入れています。チームメンバー同士の気持ちや行動についても相互理解できるよう話し合いをし、お互いに気持ちよく業務ができるよう話し合いや相談などの体制を整えています。

利用者が商品を発送し、丁寧に梱包した商品が購入者に直接届く仕事のため、自分の作業に対する責任感や充実感を得られるよう支援し、自己決定を尊重しながら、利用者の心身に負荷が掛かりすぎないようにチームリーダーが支援を行っています。

◇改善を求められる点

1. 事業計画策定への参画

経営環境の把握と分析にもとづく事業計画策定は法人本部が行っており、事業所の参画が十分ではありません。今後は、法人本部との連携を強め、事業計画策定へ参画し、事業所の課題を明らかにすると共に、現場の意見や要望を計画に反映し、事業所としての解決・改善に向けた取組をすすめることを期待します。また、令和4年4月から義務化される虐待防止の取り組みなど、事業所として組織的に取り組む必要があるものについては、計画に盛り込み、職員と共有しながら計画的に準備することを期待します。

2. 職員の能力向上への取組

職員の知識・技術や専門資格についての情報は法人本部が一括して管理しており、事業所との情報共有が不十分です。そのため、事業所として個々の職員への教育・研修を計画的に行なっていません。事業所が目指す理念を実現するために必要な職員の知識や技術の習得と共に、障害種別や疾病の理解を深め、利用者の能力や希望に合った地域生活や一般就労支援を行える体制を整えることが必要です。今後は、法人本部との情報共有をすすめ、職員の情報を把握し、職員ごとに適切な教育・研修を計画的に行うことを期待します。

3. 一般就労に向けた職場の開拓

一般就労を希望する利用者に対して、就労に必要なマナーや技能等の習得や生活習慣などをアセスメントし、職員が共有を行い課題となる点への支援を行う事を期待します。また、ハローワークや就労支援事業所、ナカポツなどと継続的な関係を構築し、利用者にあった就労先の開拓や、無理なく継続していけるよう就労先や協力機関との連携についても取り組みを期待します。

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回、初めて質の向上を目的に第三者評価を実施いたしました。その結果、当事業所の強み弱みを発見することが出来まして、今後の課題も見えました。

いただいた評価をもとに、事業所として一体感を持って運営できるように改善を行いたいと思います。

今後もサービスの向上を図ることで、利用者様、職員ともに当事業所の理念「幸せの追求」の実践に貢献できればと考えます。

⑥評価対象項目に対する評価結果及びコメント

別紙「評価細目の第三者評価結果」のとおり

北海道福祉サービス第三者評価・基本調査票

本調査票は、貴事業所の基本的な概要について記載していただくものです。

本調査票の記入日： 令和 3 年 12 月 1 日

経営主体 (法人名)	株式会社ウェイブアイ		
事業所名 (施設名)	株式会社ウェイブアイ	事業 種別	就労継続支援 (A型)
所在地	〒 053-0033 北海道苫小牧市木場町1丁目4番13号BTCグループビル 2F		
電 話	0144-32-2950		
F A X	0144-32-2950		
E-mail	daiyou.wave.i@gmail.com		
U R L	https://daiyouwavei.wixsite.com/wavei		
施設長氏名	稲村 直規		
調査対応ご担当者	稲村 直規	(所属、職名：主任)	
利用定員	20 名	開設年	平成 26 年 9 月 18 日
理念・基本方針：幸せの追求			
施設・事業所の特徴的な取組：関係法令を遵守し、他の社会資源との連携を図った適正且つきめの細かな就労継続支援A型のサービスを提供します。			
第三者評価の受審回数 (前回の受審時期)		0 回	(平成 年度)
開所時間 (通所施設のみ)	9 : 30 ~ 17 : 30		

【当該事業に併設して行っている事業】

(例) ○○事業 (定員○名)

【利用者の状況に関する事項】（令和 3年 11月 30日 現在にてご記入ください）

○年齢構成（成人施設の場合（高齢者福祉施設、高齢者福祉サービスを除く））

18歳未満	18～20歳未満	20～25歳未満	25～30歳未満	30～35歳未満	35～40歳未満
名	0名	5名	5名	5名	5名
40～45歳未満	45～50歳未満	50～55歳未満	55～60歳未満	60～65歳未満	65歳以上
5名	3名	3名	2名	4名	名
					合計
					37名

○年齢構成（高齢者福祉施設・高齢者福祉サービスの場合）

65歳未満	65～70歳未満	70～75歳未満	75～80歳未満	80～85歳未満	85～90歳未満
名	名	名	名	名	名
90～95歳未満	95～100歳未満	100歳以上	合計		
名	名	名	名		

○年齢構成（児童福祉施設の場合（乳児院、保育所を除く））

1歳未満	1～6歳未満	6～7歳未満	7～8歳未満	8～9歳未満	9～10歳未満
名	名	名	名	名	名
10～11歳未満	11～12歳未満	12～13歳未満	13～14歳未満	14～15歳未満	15～16歳未満
名	名	名	名	名	名
16～17歳未満	17～18歳未満	18歳以上	合計		
名	名	名	名		

○年齢構成（保育所の場合）

6か月未満	6か月～1歳3か月未満	1歳3か月～2歳未満	2歳児	3歳児	4歳児
名	名	名	名	名	名
5歳児	6歳児	合計			
名	名	名			

○障がいの状況

・身体障がい（身体障害者手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

障害区分	1級	2級	3級	4級	5級	6級
視覚障害	名	名	名	名	名	名
聴覚又は平衡機能の障害	1名	名	名	名	名	名
音声・言語、そしゃく機能の障害	名	名	名	名	名	名
肢体不自由	1名	1名	名	名	名	名
内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他）	名	名	名	名	名	名
重複障害（別掲）	1名	名	名	名	名	名
合計	3名	1名	名	名	名	名

※区分が異なる複数障害で等級の認定がなされている場合は「重複障害」に記入ください。

・知的障がい（療育手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

最重度・重度	中度	軽度
名	7名	名

・精神障がい（精神障害者保健福祉手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

精神疾患の区分	1級	2級	3級
統合失調症	名	名	5名
そううつ病	名	名	6名
非定型精神病	名	名	名
てんかん	名	名	名
中毒精神病	名	名	名
器質精神病	名	名	名
その他の精神疾患	名	名	名
合計	名	名	11名

○サービス利用期間の状況(保育所を除く)

～6か月	6か月～1年	1年～2年	2年～3年	3年～4年	4年～5年
3名	2名	3名	10名	3名	名
5年～6年	6年～7年	7年～8年	8年～9年	9年～10年	10年～11年
4名	12名	名	名	名	名
11年～12年	12年～13年	13年～14年	14年～15年	15年～16年	16年～17年
名	名	名	名	名	名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
名	名	名	名		

(平均利用期間： 3年11カ月)

【職員の状況に関する事項】(令和 3年 12月 1日 現在にてご記入ください)

○職員配置の状況

	総数	施設長・管理者	事務員	生活支援員	職業指導員
常勤	6名	2名	名	2名	2名
非常勤	5名	名	名	名	5名
		介護職員	保育士	看護職員	OT、PT、ST
常勤	名	名	名	名	名
非常勤	名	名	名	名	名
	管理栄養士・栄養士	介助員	調理員等	医師	その他
常勤	名	名	名	名	名
非常勤	名	名	名	名	名

※職種を空欄にしている箇所は、施設種別に応じて記載以外の主要な職種を記入してください。

※保健師・助産師・准看護師等の看護職は「看護職員」の欄にご記入ください。

○職員の資格の保有状況

社会福祉士	0名 (名)
介護福祉士	0名 (名)
保育士	0名 (名)
	名 (名)
	名 (名)

(非常勤職員の有資格者数は()に記入)

【施設の状況に関する事項】

※耐火・耐震構造は新耐震設計基準（昭和56年）に基づいて記入。

○成人施設の場合

(1) 建物面積	97.5 m ²		
(2) 耐火・耐震構造	耐火	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ
(3) 建築年	昭和	59年	
(4) 改築年	平成	年	

○保育所の場合

(1) 建物面積 (保育所分)	m ²		
(2) 園庭面積	m ²		
(注) 園庭スペースが基準を満たさない園にあっては、代替の対応方法をご記入ください。	(例) 徒歩3分のどんぐり公園 (300平米ぐらい) に行き外遊びを行っている。		
(3) 耐火・耐震構造	耐火	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ
(4) 建築年	昭和	年	
(5) 改築年	平成	年	

○児童養護施設の場合

(1) 処遇制の種別 (該当にチェック)	<input type="checkbox"/> 大舎制 <input type="checkbox"/> 中舎制 <input type="checkbox"/> 小舎制		
(2) 建物面積	m ²		
(3) 敷地面積	m ²		
(4) 耐火・耐震構造	耐火	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ
(5) 建築年	昭和	年	
(6) 改築年	平成	年	

【ボランティア等の受け入れに関する事項】

・令和 3 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

0 人

・ボランティアの業務

【実習生の受け入れ】

・令和 3 年度における実習生の受け入れ数（実数）

社会福祉士 0 人

介護福祉士 0 人

その他 0 人

【サービス利用者からの意見等の聴取について】

貴施設（事業所）において、提供しているサービスに対する利用者からの意見を聞くためにどのような取り組みをされていますか。具体的にご記入ください。

定期的なモニタリングの実施。他に日々の作業のちょっとした合間に利用者様にお声がけし、コミュニケーションを取りつつ、その時困っている問題や案件などを聞き出す。早期問題解決に努めている。
意見箱の設置。常時、意見を募っている。

【その他特記事項】

モニタリングとは別に相談があった際は都度ヒアリングを行っている。

評価細目の第三者評価結果(障がい者・児施設)

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	コメント
I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。			
1	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。	b	事業所内に理念を大きく掲示し、職員や利用者へ周知を図っています。また、法人として倫理綱領も定め、利用者の人権や個人の尊厳についての規範を示しています。さらに、職員行動指標を定め、職員の福祉サービスに対する基本的な考え方や姿勢を示しています。しかし、日常的に意識付けする機会が少ないため、職員の理念や倫理綱領への理解を深めると共に、利用者や家族、さらには地域や関係機関にも広く周知することを期待します。

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。			
2	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。	b	社会福祉事業全体の動向や地域の福祉に対する需要動向等の調査分析は、法人本部が一括して行っています。事業所は地域で開催される会合や催しに参加し、地域の実状を把握することに努めています。また、事業所では生産活動による売上を把握し、日々の管理に活かしています。今後は、法人本部と事業所間で事業環境の分析結果や経営状況を共有することにより、事業環境の変化を総合的に把握、分析することを期待します。
3	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。	c	法人本部の行う事業経営環境と経営状況の把握、分析にもとづいて、法人本部が経営課題を把握しています。事業所においては、生産活動に従事する利用者間の問題や、生産活動に関する課題を把握し、商品の仕入れの改善等、具体的な取組を行っています。今後は、法人本部の把握する経営課題を管理者、職員も共有し、事業所全体で経営課題の解決や改善に向けて具体的な取組を行う事を望みます。

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。			
4	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。	c	事業所は、法人本部が事業経営環境や経営状況の分析を行っているため、そこから導き出される課題の解決や改善を行うための中長期的なビジョンがなく、また、それらにもとづく中長期計画を策定していません。今後は、法人本部と情報を共有し、中長期的なビジョンの実現に必要な組織体制や設備、職員体制、人材育成等に関する具体的な内容を包括した、中長期計画を策定することを望みます。
5	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。	c	事業所では中長期計画を策定しておらず、それらにもとづく単年度計画も策定していません。単年度計画は、中長期計画を達成するために当該年度に行う事業や福祉サービスの提供に関する計画であり、当該年度に実現可能な具体的な事業やサービスの内容を示し、さらには、それらを実現可能とする収支計画が適切に策定されている必要があります。今後は、中長期計画にもとづいた、単年度計画の策定を望みます。

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	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。	c 事業所では中長期や単年度の事業計画を策定していません。事業計画は、単に売上目標達成のための計画ではなく、福祉サービスの提供等について、その計画を実現するために必要な具体的な取組を定め、策定には職員や利用者等の意見も集約し反映することが求められます。さらに、計画の実施状況について、評価や見直しを組織的に行う必要があります。今後は、職員等の参画による事業計画の策定と評価、見直しの組織的対応を望みます。
7	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。	c 事業所では中長期や単年度の事業計画を策定していません。事業所では、行事計画については利用者の参加を促す観点から周知、説明を行っています。今後は、利用者への福祉サービスの提供方法や施設、設備の整備等に関する事項を含んだ中長期の事業計画やそれにもとづく単年度の事業計画を策定すると共に、利用者や家族等への周知や説明を行う事を望みます。

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。		
8	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。	b 事業所はサービスの質の向上に向け、事業所内のコミュニケーションの活性化を推進しています。福祉サービスの質の向上のためには、P (Plan) →D (Do) →C (Check) →A (Act) のサイクルを組織的に継続して行うことが必要です。今後は、サービスの質の向上のために職員参加による事業所の自己評価を行い、チェック機能として活用して必要な取組を具体的に進めていくことを期待します。
9	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。	c 事業所は職員参加による事業所の自己評価や第三者評価を行っておらず、課題を明確化していません。事業所の自己評価や第三者評価を活用するには、評価によって明らかになった課題に対して、職員参画のもとで改善策や改善実施計画を策定し、計画を実行することが必要です。また、改善実施状況の評価を行い、必要に応じて計画の見直しが必要です。今後は、課題を明文化し職員と共有すると共に、職員参画のもとでの改善策や改善実施計画の策定を望みます。

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	コメント
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
10	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。	b 管理者は理念の重要性を認識し、倫理要綱や職員行動指標を踏まえて、事業所運営に努めています。管理者不在時の権限委任は明文化されています。質の高い福祉サービスを実現するには、組織内での信頼関係にもとづくリーダーシップを発揮することが必要であり、職員に対して自らの役割と責任を明らかにすることが不可欠です。今後は、自らの役割と責任について文書化し、会議等で積極的に表明していくことを期待します。
11	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。	b 管理者は事業運営に必要な法令等の情報を取得するため、定期的に厚労省のホームページ等を閲覧しています。また、行政からの案内文書も確認しています。社会的な要請として事業所にはコンプライアンスの徹底が求められており、法令等には社会福祉関係法令だけではなく、法人や事業所の諸規則、社会的ルールや倫理をも含んでいます。今後は、管理者自身が遵守すべき法令等を十分に理解すると共に、職員に対してコンプライアンス研修等の充実を図るなど、積極的な取組を期待します。

II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	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。	b 管理者は事業所のサービスの質の向上に係る課題をコミュニケーションの不足による職員の情報不足であると認識し、職員間の情報交換を活発にするために会話を増やす環境づくりなど、自ら積極的に事業所内の雰囲気改善に取り組んでいます。さらに、会議で事業所の課題を職員と話し合い、職員の意見を反映する取組も行っています。今後は、職員とともに、組織全体で福祉サービスの質の向上に取り組むことを期待します。
13	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。	b 管理者は事業所の経営改善に最も効果的な課題として利用者の獲得を掲げ、職員に伝えています。また、事業所の環境改善のために小型掃除機を導入し、利用者が使用できるようにマニュアルを作成するなど、働きやすい環境整備に取り組んでいます。今後は、経営の改善や業務の実効性をより高めるために、組織内に同様の意識を形成し、事業所全体で効果的な事業運営を行っていくことを期待します。

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。		
14	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。	c 事業所は福祉人材や人員体制について、具体的な計画を定めていません。また、人材の確保と育成に関する方針も明確になっていません。現状は職員の定着率が高く、定期的な採用は行っていませんが、退職等での欠員補充をハローワークや求人媒体で行っています。今後は、法人や事業所の拡大に向けて、福祉サービスの提供に関わる専門職の配置や確保、人員体制について計画を策定することを望みます。
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	c 事業所は期待する職員像等を明確にしていません。人事管理は本部で行っており、職員の資格や目標管理なども本部が所管し、人事考課基準も管理者と職員等に周知していません。職員は自己評価にもとづく上司面談を行い、自身の課題等を設定しますが、上司は目標設定時や期中の見直しなどには関与していません。また、資格取得の支援などの社内制度も利用者のみ適用となっています。今後は、期待する職員像等を明確化し、人事や人事評価、教育、配置や異動に関する基準を職員に周知すると共に、給与等の処遇その他の労働条件の整備などを一体的に運用していくことを望みます。
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	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。	b 職員の意向を尊重し、有給の取得などについて柔軟に対処しています。また管理者は、残業をせずワークライフバランスに配慮するなど職員が働きやすい職場づくりに率先して取り組んでいます。職員の勤務状況は法人本部が把握し、有給の消化を促しています。今後は、職員の相談窓口を直属の上司だけではなく、ハラスメント規定等を整備し相談窓口を設置するなど、職員の心身の健康と安全の確保に積極的に取り組むことを期待します。
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
17	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。	c 職員は自己評価にもとづいて、自身で目標管理をしています。管理者は、個人の目標を年度末まで知ることができず、適切な進捗状況の確認ができない仕組みとなっています。職員個人の資格等の情報は法人本部が一括して管理しており、管理者が自由に閲覧することはできません。今後は、事業所の理念や目標との整合性を保った上で、職員個人のスキルと経験を踏まえ、上司との面談を通じ一人ひとりの目標を定め、中間面接を行うなど進捗の確認や期末での目標達成度の確認を行う事を望みます。

18	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。	c	社内研修はありますが、事業所として職員の教育・研修に関する基本方針や計画は策定していません。今後は、事業所が必要とする職員の知識や技術、資格などについて、具体的な目標を設定し、事業計画に連動した体系的な計画を明文化することを望みます。
19	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。	c	個別の職員の知識、技術、資格については、法人本部が一括して情報を管理しています。研修は法人本部が主導し、都度行われていますが、職員一人ひとりが業務に必要な教育、研修を受ける仕組みとはなっていません。今後は、職員ごとの個別的なOJTの実施や、外部研修への参加、階層別、職種別、テーマ別などの研修機会を確保し、職員が職務で必要とする教育や研修を実施することを望みます。
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。			
20	II-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	c	事業所は実習生の受入れ実績がありません。また、実習生等の受入れに関する基本姿勢を明文化しておらず、研修マニュアルも未整備です。福祉の人材や専門職の育成への協力は、福祉事業所の社会的責務の一つであり、今後は、法人本部とも連携し、受入れに対する姿勢や体制を整備し、効果的な研修、育成ができる環境を整備することを望みます。

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。			
21	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。	b	事業所の事業内容や法人理念、事業所の存在意義や役割について、ホームページで公開していますが、財務等の情報に関しては公開していません。また、苦情や相談内容、事業計画や予算、決算情報も利用者や家族に公表していません。今後は、理念や事業所の活動、第三者評価の受審結果や苦情、相談内容の公表など福祉サービスの質の向上に関わる取組を広く公表することを期待します。
22	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。	c	別法人を含む法人グループ企業内に内部監査チームが新設され、各事業所の運営について指導が予定されています。今後は、ガバナンス強化とともに、管理者が事業所の経営・運営の状況を把握し、小口現金等の経理処理が属人的かつ暗黙知化しないように、事務、経理等に関するルールを明確化し、公正かつ透明性の高い事業所運営を行う事を望みます。

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。			
23	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。	b	事業所は就労継続支援事業所として、地域の中で障害者雇用の受け皿となることで、地域社会の一員として社会的役割をはたしています。店舗での販売を行っている施設外就労では、接客を通じて地域住民と直接交流しています。今後は、事業所として地域とのかかわりについて明文化するとともに、利用者の地域活動への参加を奨励し、利用者が参加しやすくなるための体制を整備することを期待します。
24	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。	c	事業所はボランティアの受入れ実績がなく、受入れに関する基本姿勢やマニュアルを明文化していません。事業所として地域のボランティアの受入れは地域社会と事業所をつなぐ役割を担っています。今後は、ボランティアの受入れや学生の職場体験の受け入れなどに関する方針とマニュアルの作成を望みます。

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	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。	b 利用者によりよいサービスを提供するために必要な関係機関や団体との連絡を取り、情報交換を行うなど連携しています。現在は相談支援事業所等が主な連携先となっていますが、今後は、地域内の他組織とのネットワーク化を図り、利用者を支援の強化を図っていくとともに利用者が必要な社会資源を活用しやすくする取り組みを期待します。
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	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。	b 管理者は行政主催の福祉関連事業者の会合や市民交流の催しに参加しています。また、施設外就労等の日常的な福祉サービスの実施を通じて、地域の福祉ニーズの把握に努めています。地域の重度障害者へのサービスの不足や、障害者の働く場の選択肢が少ないことなど、外部の機関との連携の必要性を感じています。今後は、これまでの福祉制度の対象範囲では十分に対応できない福祉ニーズを把握するための取組を行い、地域の様々な機関と連携を深めていくことを期待します。
27	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。	c 事業所として、現在取り組んでいる就労継続事業以外の取組について規定されておらず、地域での事業所の立ち位置や、事業所自体が専門性のある地域資源であるという認識がありません。また、地域の福祉ニーズなどは意識されていますが、事業所独自の公益的な活動は行っていません。今後は、地域コミュニティの一員として、職員や利用者が参画するなど事業所の出来る範囲での地域貢献を行う事を望みます。

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	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。		
28	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。	b 倫理綱領に利用者を尊重したサービスの実施について定め、会議で共有するなど、職員が事業所内で共通の認識を持ち、実践するための取組を行っています。職員へ虐待に関する注意喚起を行っています。今後は、利用者への尊重や基本的人権への配慮はもちろん、虐待防止責任者と委員会の設置を行い、チェックシートなどを用い虐待等の未然防止に努めていくことを期待します。
29	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。	b 業務上で知りえた情報の秘匿等に関して、入職時に職員に秘密保持及び個人情報に関する誓約書を交わしています。職員にはプライバシーの具体的な事例を示し、利用者を尊重した福祉サービスの提供が出来るように取組を行っています。また、利用者との相談に使用する相談室は作業室とは独立した部屋としており、利用者のプライバシー保護に努めています。今後は、プライバシー保護に関するマニュアルを整備し、職員の理解を図ると共に、利用者や家族へも事業所の取組内容を周知することを期待します。
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。		
30	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。	b 利用者のサービス選択の参考となるよう、アプローチブック（A型作業所についてや、利用の手引き）と事業所のリーフレットを作成し、見学や体験希望者へ積極的に事業所の情報を提供しています。また、見学や体験も受入れ、利用者本人へ実際の作業や事業所での過ごし方を伝えるなど、丁寧な説明を行っています。今後は、アプローチブックやリーフレットの内容を定期的に見直し、よりわかりやすい内容を目指すことを期待します。

31	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。	b	サービスの開始や変更時には、それぞれの利用者が理解しやすいように、重要事項説明書や契約書を説明しています。事業所では、主力事業のインターネット通信販売の作業だけでなく、施設外就労として雑貨やアパレル等を扱うショップ店員など、利用者の特性や希望に合わせた働き方ができます。サービスの開始時から、利用者の話を聞き、疑問に答えることで安心して通所できるよう説明しています。今後は、必要に応じて利用者だけではなく、共に利用者を支える家族に対してもわかりやすい説明を行うことを期待します。
32	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。	b	利用者の他施設への移行等にあたっては、利用者の自己決定を支援し、利用者には不利益が生じないように配慮しています。移行の際には、本人と家族の同意を得て、他の事業所や行政など関連機関と移行後の支援体制について協議をしています。サービスの終了後であっても、利用者や家族の相談を受け付けることを伝えています。今後は、移行にあたり、福祉サービスの継続性に配慮した手順と引継の文書を定めると共に、サービス終了後の相談窓口を設置し書面で伝えることを期待します。
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。			
33	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。	b	セルフプランの利用者も多いため、利用者支援に関する意向や満足度の聞き取りを個別支援計画策定時に丁寧に行っています。福祉サービスの質を向上させるには、事業所の定めたサービス改善の仕組みに従い、継続して取り組む必要があります。今後は、計画に位置付けたサービスについての把握だけでなく、事業所のサービス全般に関する利用者満足アンケートを定期的に行い、利用者の満足度を把握する仕組みを構築し、調査結果を具体的なサービス改善に結びつける取組を行うことを期待します。
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。			
34	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。	b	事業所の苦情解決はマニュアル化され、速やかに対処できるように職員に周知しています。また、事業所内に意見箱を設置し、本部に対しいつでも苦情を表明しやすい工夫をしています。しかし、意見箱に寄せられた苦情の内容や解決状況は本人に通知するにとどまっており、事業所で内容を把握していません。今後は、苦情解決の取組を福祉サービスの質の向上に向けた取組の一つに位置づけ、寄せられた苦情の解決体制や苦情解決状況の公表を行うことを期待します。
35	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。	b	利用者が相談しやすい環境づくりのために、休憩時間には積極的に会話の機会を持つように努め、相談室も独立した個室を整備しています。また、事業所内に意見箱を設置し、いつでも意見を表明できるようにしています。外部の公的な相談窓口を事業所内に掲示し、利用者へ周知しています。今後は、相談できる相手を自由に選べることや外部の相談窓口について記載した文書を作成し、利用者や家族に周知することを期待します。
36	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。	b	利用者からの相談や意見は職員間でSNSを活用して共有し、対応するように努めています。特に生産活動における作業マニュアルなどは、利用者が理解しやすい内容になるよう、利用者の意見を取り入れ随時変更しています。今後は、組織として、利用者からの意見、要望、提案等への対応について仕組みを確立し、対応マニュアルを整備すると共に、記録として整備し具体的なサービス改善につなげる取組を期待します。

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。		
37	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。	<p>b</p> <p>緊急時対応や事故発生時の対応マニュアルを策定し、様々なリスクへの対応をフローチャートにし、見える化することで、責任や手順をわかりやすく職員に周知しています。職員の安全については、事故発生時の対応マニュアルに様々な事故について、細かな対応手順を記載し、職員が迅速に対応できるようにしています。しかし、ヒヤリハットの活用など、事故防止に向けた取組が不十分です。今後は、ヒヤリハットの情報を積極的に収集し、また、事故報告、事例等の収集を通じて、要因分析や改善策、再発防止策を職員と共に行う取組を期待します。</p>
38	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。	<p>b</p> <p>従来感染症に対しては、感染症対策衛生マニュアルを策定し、感染症に対する基本的な知識や対応について、職員に周知しています。また、新型コロナウイルス対策について、対応を事業所内に掲示し、職員や利用者へ周知し、定期的な換気や消毒等を行っています。今後は、感染症対策の委員会を設置するなど事業所内の体制を確立し、定期的なマニュアル等の見直しや勉強会の開催などの取組を期待します。</p>
39	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。	<p>b</p> <p>防災マニュアルを策定し、災害時の対応体制や関係諸機関への連絡方法、利用者、職員の安否確認方法を定めています。マニュアルは、地震、風水害など災害ごとの対応や、利用者の障害に応じた支援、事業継続計画も含まれています。マニュアルは利用者や職員がいつでも見られるように事業所内に設置しています。今後は、食料や備品類等の備蓄リストを作成し、管理者を定めて備蓄の整備を行うことを期待します。</p>

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果	コメント
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。			
40	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。	c	<p>利用者が行う作業に関するマニュアルは作成していますが、福祉サービスの標準的な実施方法を記載した文書は作成していません。福祉サービスの標準化とは、サービスを提供する職員が必ず行わなければならない部分を共通化することであり、画一的なサービスを行う事とは異なります。職員の違い等によるサービス水準や内容の差異を極力少なくし、一定の水準サービス実践を目指すものです。この水準を保ったうえで、利用者の個別性に着目した対応を行うことが求められます。今後は、相談援助技術やサービス実施の留意点、プライバシーへの配慮、業務手順などについて、標準的な支援を職員が理解するための取り組みを望みます。</p>
41	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。	c	<p>事業所全体としての福祉サービスの標準的な実施方法は定めていません。今後は、福祉サービスの標準的な実施方法をマニュアルとして策定すると共に、マニュアルに沿って行うサービスの実施方法について、事業所理念を実現するための共通理解としていくことが必要です。取り組みが不十分な場合は研修の実施やサービスの手順の見直しを行うなど、PDCAサイクルによって、質の向上の視点を盛り込んでいくことが大切です。標準的な実施方法には、見直し時期を定め、さらに、ヒヤリハットや事故の発生などによる見直しを行う基準を定め、組織かつ継続的に行うことを望みます。</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。		
42	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。	<p>b</p> <p>個別支援計画の策定時にアセスメントを行っています。アセスメント様式では生活面や障害関連、就労活動などの項目を設け課題を明確にするとともに、利用者の思いをできるだけ聞き取り、支援すべきニーズを導き出しています。事業所は個別支援計画の作成のプロセスを定め、サービス管理責任者を中心に職員を交えて計画を作成しています。今後は、アセスメントに関する手順を事業所として定め、具体的な計画としていくことを期待します。</p>
43	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。	<p>b</p> <p>半年ごとに個別支援計画の評価、見直しを行っています。個別支援計画の見直しプロセスの中に職員が参加する検討会議を設け、職員の意見を取り入れています。支援計画の実施状況はサービス管理責任者がモニタリングを行っています。今後は、計画の評価、見直しに際して、福祉サービスの質の向上に関わる課題を明確にし、サービスの質の向上に結びつく積極的な取組を期待します。</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。		
44	Ⅲ-2-(3)-① 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。	<p>b</p> <p>職員により、個別支援計画の把握や利用者のサービスの提供状況の把握にばらつきがあります。日々の様子や早急に周知が必要な内容に関してはSNSを活用し、全員が情報にアクセスできるようにしていますが、計画に沿った支援の記録など、計画の実施と見直しに必要な記録の共有については、担当職員だけではなく、利用者に関わる職員が情報を共有していけるよう取り組んでいくことを期待します。</p>
45	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。	<p>b</p> <p>利用者の記録の管理について、個人情報保護規定を定めています。個人情報は鍵付きのロッカーに納め、デジタルデータは共有サーバーに保管し、アクセス管理により、閲覧制限を行っています。職員とは機密保持及び個人情報に関する誓約書を取り交し、情報に関する取扱いを規定しています。今後は、個人情報保護だけではなく、福祉サービスの提供に必要な情報の開示の観点からも定期的な職員研修と、情報管理体制の整備を行うことを期待します。</p>

評価対象 障がい者・児施設 付加基準

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			
A①	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。	b	事業所は、様々な障害があっても社会参加ができるように、身体、知的、精神障害の利用者を受入れています。毎朝の挨拶から始まるコミュニケーションには特に力を入れており、気分や体調により支援の工夫を行い、自分の意思を表出できる環境を作っています。また、利用者への合理的配慮に努めており、聴覚障害の利用者とは、職員が筆談や口元が見えるようにマウスシールドを着用するなど、自己決定の基礎が良好なコミュニケーションにあることを常に意識しています。職員は利用者のモチベーションの維持に努め、意欲が低下している場合は積極的に声掛けを行い、意欲低下の原因を探り、解消への糸口を探しています。今後は、利用者の障がい特性の理解を深めるとともに、エンパワメント技術の向上等に取り組んでいくことを期待します。
A-1-(2) 権利侵害の防止等			
A②	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。	c	事業所の倫理綱領で人権擁護について謳っていますが、具体的な方法等を定めた権利擁護についてのマニュアルはありません。また、虐待防止マニュアルにおいて、職員のストレスマネジメントをはじめとした取組等についても記載していますが、組織的な取組というよりも、職員一人ひとりの自覚に任せている状況です。令和4年から義務化される虐待防止の取組については早急に仕組みを整え、適正な運営を行っていくことを望みます。

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			
A③	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。	b	利用者の生活面や仕事に対する課題や希望を面談で確認しています。利用者が困っていることや、社会人として地域生活を継続していくために必要な事を個別に検討しています。その第一歩として身だしなみやあいさつ等を基本とし、同時に職員との信頼関係を構築しています。利用者の過去、現在、未来について話し合い、その人らしい暮らしのためにどのように取り組んでいくかを一緒に考えています。利用者により行政手続きや生活関連サービス等の調整も支援しています。また、必要に応じて相談支援事業所と連携のもとに、成年後見人制度を活用しています。今後は、利用者からの希望や申し出だけでなく、潜在的なニーズについても検討し、支援していく専門性を延ばしていくことを期待します。
A④	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。	b	事業所の理念「しあわせの追求」のもと、円滑なコミュニケーションに取り組んでいます。「あいさつの徹底」により明るい雰囲気づくりを行っています。視力が低下している利用者には、作業手順書をA4からA3に拡大して見やすくし、理解できるよう工夫しています。新人職員へのOJTでも、利用者とのコミュニケーションの重要性を伝えています。今後は、コミュニケーションが得意ではない利用者に対しても、より良い人間関係の構築や、事業所での成功体験を日常生活の中で自信をもって活かしていけるよう、発展的な取り組みを期待します。

<p>A^⑤ 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。</p>	<p>b</p>	<p>利用者と積極的に会話し、意思の確認や助言などを行っています。眠気がある場合は軽い運動を勧めたり、薬が合わない場合は本人の気持ちを確認し、医師に相談してみるよう伝えています。職員からの指示ではなく、利用者が作業に主体的に取り組めるよう、作業や機器の使い方の説明を利用者に合わせて作成するなどの工夫をしています。利用者同士の行き違いには、作業ごとのグループを中心として、職員も交えながら利用者同士で円満に解決できるよう支援しています。利用者は相談する職員を自由に選ぶことができます。今後は、職員全員が利用者の意思を尊重した支援のスキルを高めていくことを期待します。</p>
<p>A^⑥ 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。</p>	<p>c</p>	<p>個別支援計画に基づく日中活動は行っていませんが、年に1回、行事計画に定めた慰労をかねた懇親会を行っています。レクリエーションは、利用者全員の希望に添うことができないため、個別支援計画にも盛り込んでいません。利用者のアセスメントから見出した利用者支援や学習支援等の課題への取り組みを個別支援計画に盛り込み、個別支援計画が単なる作業計画にならないよう見直しや検討を行うことを望みます。</p>
<p>A^⑦ 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。</p>	<p>b</p>	<p>事業所では、三障害（身体障害、知的障害、精神障害）全ての受入れを行っています。また、慢性疾患の利用者も通所しています。利用者個人の障害の特性等について、職員間で情報共有し、職員が身体障害の疑似体験などを通じて事業所での作業や支援方法の検討を行っていますが、障害そのものについて学ぶ機会がありません。それぞれの障害についての基本的な理解を深めることで、利用者に合わせて個別支援の専門性が高まります。また、支援方法についても、定期的に行う利用者のアセスメント結果から、その時利用者が必要としている適切な支援レベルとなるよう個別支援計画を見直し、日々の支援に反映していくことを期待します。</p>
<p>A-2-(2) 日常的な生活支援</p>		
<p>A^⑧ 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。</p>	<p>c</p>	<p>個別支援計画に基づく生活支援は行っていません。事業所では、送迎や食事の提供等を行っています。支援内容が計画に位置付けられていません。また、標準的な支援マニュアルも整備されていません。送迎サービス時の利用者の心身の負担や、食事の際の自助具の活用、アンケートなどの実施により利用者の嗜好に合う食事の献立の工夫などについても検討していくことを望みます。</p>
<p>A-2-(3) 生活環境</p>		
<p>A^⑨ 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。</p>	<p>b</p>	<p>利用者が作業を行う室内はこまめに温度調整を行い、換気を心がけています。コロナ禍のため、感染対策としてアクリルの遮蔽板を使用しています。男女別のトイレや独立した相談室など、プライバシーに配慮しています。利用者の安心・安全の確保のために、設備や備品等の整備を行っていますが、足元配線や物品の置き場所などについて、利用者の特性や安全に配慮したものとなっているか定期的に検討することが必要です。今後、利用者の安心・安全を確保するために、定期的に安全管理チェック表等を用いて点検していくことを期待します。</p>
<p>A-2-(4) 機能訓練・生活訓練</p>		
<p>A^⑩ 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。</p>	<p>c</p>	<p>現在、専門職の指導や助言を受けた機能訓練や生活訓練は行っていません。利用者の機能訓練はデイケア等他のサービス機関を利用して行っています。今後、利用者のニーズにより利用者の個別計画に、一般就労等に必要となる訓練を取り入れるなど、専門職や関係機関と連携して機能訓練・生活訓練を行うことを望みます。</p>

A-2-(5) 健康管理・医療的 な支援		
A ^⑩ 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。	b	毎朝の挨拶の際に、利用者の気分や体調を把握するように努めています。薬の預かりをしている利用者には、通所時の頓服は本人に確認を行うことを徹底しています。また、通所時の体調の変化の際などでも主治医との情報共有は、本人の意向を尊重しています。利用者の体調変化による緊急時の対応等は、リーフレットや緊急対応マニュアルに手順や方法を明記しています。今後は利用者の体調の変化の発見や支援方法などや利用者個別の留意点について定期的に職員研修を行うことを期待します。
A ^⑪ 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。		非該当
A-2-(6) 社会参加、学習支援		
A ^⑫ 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。	b	事業所では利用者の自己実現や一般就労の促進に向けた取組の一環として、利用者の資格取得の支援制度を設け、1時間程度の学習時間を確保するなどの支援を行っています。支援により、資格を取得した利用者もいます。今後は、利用者ごとに社会参加や学習、資格取得に関する意向を把握し、情報提供を行うなどの取組や工夫を期待します。
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援		
A ^⑬ 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。	c	利用者の状況に応じて、地域の社会資源や成年後見制度などの情報を提供しています。セルフプランの利用者に対し、相談支援事業所の活用を勧め、より充実した支援を受けられる体制となるように取り組んでいます。アセスメント等で把握した利用者の希望を実現できるよう、個別支援計画に反映していくと共に、相談支援事業所と連携し、地域生活における利用者の課題解決に臨んでいくことを望みます。
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援		
A ^⑭ 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。	c	契約時に利用者に対して、家族の利用者に対する支援の有無や、情報共有の可否を確認しています。家族との連携が可能な場合は、利用者の生活全般の質を向上させるための課題や家族の利用者に対する意向等を共有し、支援につなげています。現在は、家族との連携は利用者を通じて行っています。今後は、利用者の同意のもと、利用者の生活の質の向上のため、事業所の取組を伝えることや定期的な報告等を行い、信頼関係や協力関係を構築していくことを望みます。

A-3 発達支援

	第三者評価結果	コメント
A-3-(1) 発達支援		
A ^⑮ 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。		非該当

A-4 就労支援

	第三者評価結果	コメント
A-4-(1) 就労支援		
A ^⑯ 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。	b	利用者一人ひとりの障害に応じた就労支援に努め、合理的配慮を行うことで、利用者の働く力を引き出しています。利用者それぞれの目標に合わせ、利用者の努力や作業への工夫が見られた際には、努力を認め、利用者の作業に対するモチベーションの維持につなげています。今後は、利用者の働く力や意欲を活かすために、地元企業との連携を深め、就労先や職場体験の機会を確保することを期待します。

<p>A¹⁸ 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。</p>	<p>b</p>	<p>利用者一人ひとりの障害に応じた就労支援に努めており、個別支援計画の見直しを定期的に行う事で、利用者に適切な仕事内容となっているかを確認しています。同一の作業を利用者のチームで行うことにより、作業方法をチーム内で検討するなど利用者同士の関与を増やし、やりがいを高めると共に、作業の標準化や効率化を図っています。今後は、事業所が働きやすく、安全な環境となるように、利用者への安全教育や、労働安全衛生についてのわかりやすいマニュアルを整えていくことを期待します。</p>
<p>A¹⁹ 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。</p>	<p>c</p>	<p>利用者の希望や意向を尊重し、ハローワーク等での就労情報を提供しています。一般就労後であっても、相談に応じることを伝えるなど、移行後の支援についても利用者に伝えています。今後は、職員に対し、障害者差別禁止指針や合理的配慮指針の理解を促すとともに、地域のナカボツ（障害者就業・生活支援センター）等との連携を深め、利用者の就労を支援していくことを望みます。</p>