

令和7年度 福祉サービス第三者評価結果

《基本情報》

対象事業所名	竹の子ケアセンター
経営主体(法人等)	社会福祉法人 明星会
対象サービス	生活介護
設立年月日	1994年4月1日
定員(在園人数)	40名(51名)
事業所住所等	神奈川県南足柄市塚原701-1 / 電話番号 0465-74-2022
ホームページ	http://myoujoukai.org
職員数	常勤職員5名 ・ 非常勤職員9名
評価実施年月日	2025年12月15日・12月16日
第三者評価受審回数	初回
実施評価機関	株式会社 R-CORPORATION

《実施方法》

評価項目	標準となる評価基準
自己評価実施	期間：2025年9月1日～2025年10月31日 (評価方法) 9/1～9/12 常勤職員が各自で評価し、評価結果を自己評価結果表に入力 ～10/6 サービス管理責任者と管理者が、上記自己評価表を集計し点検作業を実施 ～10/31 常勤職員が参加し、再点検、変更修正を行った後、施設の自己評価結果表としてサービス管理責任者と管理者が取りまとめ
利用者調査	期間：2025年11月3日(配布)～2025年11月14日(回収) 配布：家族、利用者が生活するグループホーム職員に手渡し 回収：送迎時に回収袋にて回収

<基本理念>

1. 利用されるすべての方が、安心して、信頼していただける支援を行います。
2. 地域の一員として、地域福祉の向上に貢献します。
3. チームワークを重視した、健全で活力ある行動をし、福祉のプロとして自己研鑽に努めます。

<基本方針>

1. 私たち職員は、受容の精神を持ち、利用者の気持ちに寄り添います。
2. 私たち職員は、利用者一人一人をかけがえのない存在としてみとめ、権利擁護に努めます。

-
3. 私たち職員は、福祉の担い手として、地域福祉の向上に積極的に貢献します。
 4. 私たち職員は、本物の支援者となるため、努力を惜しまず、常にスキルアップします。
-

<竹の子ケアセンターの特徴的な取組>

1. 意思決定：活動場面で意思決定（自己選択）を意識した支援を進めます。活動・レクリエーション・選択給食、利用者がわかりやすいツール活用
 2. 権利擁護：あおぞらプランⅢを遵守し、利用者の人権をなによりも尊重します。
 3. 職員研修：意思決定・強度行動障害・発達障害等の支援方法を重点的に学びます。
 4. 個別の体調や身体状況、嗜好を考慮した食事を提供するなど健康を支えます。
 5. 地域清掃やアルミ缶集めなどを通じて地域との交流を大事にしています。
-

《総合評価》

【竹の子ケアセンター事業所の概要】

●竹の子ケアセンター（以下「事業所」という。）は、神奈川県西部、小田原市と南足柄市の市境に位置し、南足柄市側にあります。小田急小田原線・栢山（かやま）駅から西約 1.2 km、徒歩約 15 分の国道 715 号線沿いに所在しています。事業所周辺には、国道沿いにコンビニエンスストアや飲食店、住宅等が建ち並び、日常生活に便利な環境が整っています。一方で、国道から少し離れると田園風景が広がり、大山詣で知られる大山や丹沢山塊、富士山、金時山、明神・明星といった箱根外輪山に囲まれるように、自然豊かで風光明媚な環境に恵まれています。

●事業所の運営主体は、社会福祉法人明星会（以下「法人」という。）です。法人の所在地は、事業所から南へ約 2.5 km の小田原市府川にあります。法人は、小田原市内及び南足柄市内で複数の事業を展開しています。法人が運営する福祉事業には、当事業所の他、障害者支援施設「竹の子学園」（施設入所・生活介護等）、就労継続支援 B 型「パン工房ハッピー」、相談支援センター「エール」、放課後デイサービス「ぽっぷ」、共同生活援助「竹の子ホーム」（障害者グループホーム 9 か所）があります。さらに、公益事業として、学習支援・居場所づくり「ハッピー・ONE・STEP」や、南足柄市就労準備支援事業「レタッチ南足柄」も運営しています。

●事業所が行う事業の目的は、「利用者が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、常時介護を要する方に対して、入浴・排泄・食事の介護、創作活動や生産活動の機会の提供、その他の便宜を適切かつ効果的に行うこと」です。事業所は、約 790 ㎡の敷地に建つ鉄筋コンクリート造 3 階建ての建物の 2 階及び 3 階部分に位置し、延べ床面積は約 456 ㎡です。2 階には約 87 ㎡の「作業室」をはじめ、利用者の自立訓練や休憩等多目的に使用できる「訓練・作業室（約 24 ㎡）」、さらに「職員室」「給湯室」「洗面」「トイレ（2 か所）」が配置されています。3 階には、作業室として使用している約 44 ㎡の「余暇室」と約 87 ㎡の「食堂」があり、両室はアコーディオンカーテンで仕切られています。加えて、「多目的室・相談室（約 24 ㎡）」、「厨房（約 23 ㎡）」、「トイレ（2 か所）」も設置されています。各階は階段及びエレベーターで行き来できる構造です。なお、1 階の一部（事業所の玄関、エレベーター、相談室等の共用部分）を除くスペースは、放課後等

デイサービス「ぼっふ」が使用しています。また、就労継続支援 B 型「パン工房ハッピー」が近接して立地しています。事業所周辺には高層建物がないため、2 階・3 階は日当たりが良く、全ての室に窓が設けられています。特に利用者が使用する各室は 2 方向に窓があり、日照・通風・眺望のいずれも良好な環境となっています。

《特長や今後期待される点》

1. 【法人ガバナンスと事業所連携の仕組み】

法人運営の特徴として、先ず、研修や虐待防止等法人の主要課題を検討するための委員会が、事業所から委員を選出する形で法人本部に設置されている点が挙げられます。また、防災・防犯、事業継続計画（BCP）、広報、実習生受入れ等、各事業所に共通する業務について担当者を配置し、事業所間で連携・協働する横断的な取組が進められています。さらに、法人内には階層別の合議体が整備されています。内部理事による「経営会議」をはじめ、理事・施設長による「運営会議」、運営会議メンバーにサービス管理責任者等の管理職を加えた「事業所連絡会議」、そして全職員が参加する「職員会議」等が設置され、組織運営の多層的な意思決定体制が構築されています。特に「事業所連絡会議」では、各種委員会で検討された議案が報告される等、法人課題について縦横の両面から検討できる体制が整えられています。このように、施設間の連携を基盤とした課題対応型の戦略的な組織が形成されている点が、法人運営の大きな特徴となっています。

2. 【利用者の選択尊重とエンパワーメントの取組】

事業所では、利用者の意思決定を尊重し、自律・自立に向けてストリングス（強み・伸びしろ）を伸ばす取組を進めています。年 5 回開催する利用者会議では、進行・書記・発表を利用者自身が担い、職員は必要なサポートに徹することで、会議運営を利用者主体で行っています。また、日常の日課においても利用者の選択を重視しています。作業内容は固定せず、利用者の希望に基づいて選べるようにしている他、レクリエーション、選択給食（月 2 回、魚、肉、味付けの濃淡等を選択）、クラブ活動等についても、分かりやすいツールを用いて利用者が自ら選択できるよう支援しています。さらに、グループホームへの移行が見込まれる利用者等には、掃除、洗濯、洗濯物干しといった生活スキルを身に付けられるよう、役割を担ってもらう形で支援しています。生活のスキルを習得において、洗剤の適量が分かりにくい等の課題がある場合には、ブッシュタイプのボトルを使用する等、理解しやすい環境づくりにも取り組んでいます。事業所全体として、利用者が自分でできること・できそうなことはできる限り手を出さずに見守り、必要な場面でのみ支援するという基本姿勢を共有し、利用者のエンパワーメントを促す支援を実践しています。

3. 【職員の処遇改善と働き続けられる環境整備】

法人では、中期計画及び令和 7 年度の事業計画において、「働きやすい職場づくり」を掲げ、様々な取組を進めています。法人のホームページにも示されているとおり、「育児休業取得率 100%継続中」であることや、限定職員制度の活用状況から、育児休業等の国の制度に加え、法人独自の制度も積極的に利用できる職場環境が整えられていることが窺えます。特に限定職員制度は、常勤職員が育児や家族の介護・疾病に対応できるよう、休日・勤務時間・休憩時間を個別に設定できる制度です。養育については小学 4 年の始期まで、介護は最長 3 年、疾病は原則 1 年まで利用が認められています。子育てや介護と仕事を両立できるよう配慮された、ワーク・ライフ・バランスを重視した制度と云えます。また、職員の就業状況や家族の介護等の状況、次

年度の勤務希望等は、年2回実施される施設長との面談を通じて把握されています。処遇や福利厚生については、「表彰・お祝い制度（永年勤続表彰、資格試験合格祝金、慶弔見舞金制度）」が設けられている他、社会福祉士・介護福祉士・精神保健福祉士のいわゆる3福祉士の資格取得者には、資格手当や昇給等の処遇改善が行われています。ストレスチェックは法人が毎年実施しており、必要に応じて産業医との面談も可能です。さらに、事業所では少人数の職員が同じ職員室を使用することで、意見交換がしやすく、風通しの良い職場環境が形成されています。

4. 【利用者主体の活動支援と家族との情報共有】

事業所では、利用者が主体的に運営する「利用者会議」のサポートや、利用者が選択して参加できるクラブ活動（映画・のんびり、ドライブ・散歩、運動・カラオケ等）の充実を通して、利用者が快適に生活できる環境づくりに取り組んでいます。さらに、日々の支援においても利用者が選択できる場面を多く設けることで、利用者主体の支援を実践すると共に、利用者が話しやすい雰囲気づくりを重視し、良好な関係が築かれています。また、事業所では利用者の送迎を行っているため、ドア to ドアで家族と日々接する機会があり、家族とも良好な関係が形成されています。日中活動の中で利用者がスキルアップでした点や、行動面で気になることがあった場合には、職員間で共有した上で家族に伝えています。利用者に関わる情報は家族と共有することを基本とし、家族との情報共有や連携を重視した支援を行っています。加えて、家族との相談の機会を密に設けることで、利用者支援をより適切に進められる体制が整えられています。

5. 【地域交流活動の再開に向けた課題と展望】

コロナ禍以前は、地域清掃やアルミ缶集め等、利用者と地域との交流の機会が設けられていました。事業所は自治会に加入しており、回覧板を通じて空き缶の回収等の事業所情報を地域に発信していましたが、現在はこれらの活動が中断しています。また、事業所の秋祭り等に地域住民を招待する取組も実施されていません。一方で、自治会の防災訓練への参加等、自治会との連携のための基盤は維持されています。今後は、地域と利用者との交流を広げていくために、自治会長や自治会役員と相談しながら、回覧板や自治会掲示板を活用して事業所の活動や行事の周知・PRを行うこと、アルミ缶集めへの協力依頼を再開すること等が求められます。さらに、事業所が実施する行事に地域住民を招待する等、地域の事業所としての存在意義を積極的に発信していくことが望まれます。

令和7年度 福祉サービス第三者評価結果

<標準となる評価基準>

第三者評価受審施設 社会福祉法人明星会 竹の子ケアセンター	
評価年度	令和7年度
評価機関	株式会社 R-CORPORATION

<共通評価項目（45項目）>

I	福祉サービスの基本方針と組織 【1】～【9】	「理念・基本方針」「経営状況の把握」「事業計画の策定」「福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組」
II	組織の運営管理 【10】～【27】	「管理者の責任とリーダーシップ」「福祉人材の確保・育成」「運営の透明性の確保」「地域との交流、地域貢献」
III	適切な福祉サービスの実施 【28】～【45】	「利用者本位の福祉サービス」「福祉サービスの質の確保」

<内容評価項目（19項目）>

A-1	利用者の尊重と権利擁護 【A1】～【A2】	「自己決定の尊重」「権利侵害の防止等」
A-2	生活支援 【A3】～【A15】	「支援の基本」「日常的な生活支援」「生活環境」「機能訓練・生活訓練」「健康管理・医療的な支援」「社会参加、学習支援」「地域生活への移行と地域生活の支援」「家族等との連携・交流と家族支援」
A-3	発達支援 【A16】	「発達支援」
A-4	就労支援 【A17】～【A19】	「就労支援」

※「標準となる評価基準」で示す判断基準「A・B・C」はランクやレベル付けではありません。判断基準はより望ましい水準に向けた「到達状況」を示すものであり、評価「B」が標準的とし、特に良い内容、秀でた内容は「A」で示しています。「C」については「伸びしろ」とし、更なる努力を期待するものとします。

I-1 理念・基本方針

(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
評価結果 B	

評価の理由

事業所の基本理念及び基本方針は、事業所パンフレットに記載されている他、毎年度の法人事業計画にも掲載されています。また、職員室にも掲示されており、職員が日常的に目にすることができる環境が整っています。さらに、年に3~4回開催される法人主催の職員会議で読み合わせが行われ、毎朝のミーティング前にも確認が行われていることから、職員の基本理念・基本方針に対する認知度は高いものと認められます。一方で、家族等に対しては、利用開始時に説明を行っているものの、継続的な周知が十分でなく、第三者評価の利用者（家族）アンケート結果からも、家族等の基本理念・基本方針に対する理解度は低いことが窺われました。今後は、食堂・作業室・玄関等への掲示、「竹の子だより」等の広報誌への掲載、保護者懇談会での説明等を通じて、利用者や家族等に対する継続的な周知の取組が期待されます。

I-2 経営状況の把握

(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
評価結果 A	

評価の理由

管理者（以下、サービス管理責任者との混同を避けるため「施設長」という。）は、法人の理事兼総合施設長であり、かつ前職が行政の福祉職であるため、国や県、小田原市等2市4町の神奈川県西地域の福祉政策の動向をはじめ、福祉事業を取り巻く環境や地域の福祉ニーズ等を、福祉関係の専門誌や行政のホームページ、関係機関との連絡会等を通じて、多面的に把握しています。把握した情報は、事業所を含む法人全体の稼働率や中期的な収支見込に反映しています。また、こうして把握された情報や各事業所の経営状況等は、毎月1回以上開催の施設長で構成される「運営会議」に報告され、協議が行われるとともに、施設長やサービス管理責任者等で構成される「事業所連絡会」においても毎月確認がなされています。さらに、職員には、法人の職員会議で理事長から経営状況が説明されています。

【3】	I-2- (1) -② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている
評価結果 A	

評価の理由

事業所の主な課題は、稼働率の維持と人材の確保です。稼働率の維持については、系列の相談支援事業所や市内の相談支援事業所などの関係機関と連携した利用者の確保と、良質なサービスの提供に努めています。人材確保は、法人全体のひいては福祉業界共通の課題ですが、法人では、令和7年度からの第5期3か年計画に、「人材：確保・育成」を掲げて、働きやすい職場づくりをはじめ、求人活動の強化、キャリアパス制度の充実、業務の効率化推進などに取り組んでいます。こうした課題は、法人の職員会議や事業所のスタッフ会議等で職員間の共有が図られています。

I-3 事業計画の策定

(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
評価結果 B	

評価の理由

法人では、令和7年度～9年度を対象とした中期計画が策定されています。中・長期計画の柱は「コンプライアンスの遵守」「人材確保・育成」「経営の安定」「地域貢献」の4項目であり、それぞれに計画の実現に向けた事業の方向性と具体的な実施事業が示されています。進行管理は法人の各担当部署が担っており、実施事業については、計画期間内に実現または着手する内容が具体的に掲げられているものと認められます。また、中期計画については、毎年度、職員会議において理事長から事業の実施状況等が説明されており、職員への共有が図られています。一方で、中期計画には収支見込や実現までのプロセスが添付されていません。今後は、各事業の実現に向けたスケジュールや収支計画等、進捗状況を把握できる数値目標を設定し、職員への周知を図ることで、より計画的かつ透明性の高い運営につながることを期待されます。

【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
評価結果 A	

評価の理由

法人の毎年度の事業計画の中に、事業所の事業計画が位置付けられています。事業所の事業計画は「実施事業・定員」「事業方針」「重点取組事項」「行動計画」「資産管理」の項目で構成されており、これらの項目は法人内の全事業所で共通となっています。令和7年度の事業所の事業方針は「意思決定支援を意識し、支援にあたります」とされ、重点取組事項として「(1)意思決定支援の実施、(2) 職員の研修、(3)安全運転・事故軽減」が掲げられています。これらの重点取組事項を実現するために「行動計画」が策定されており、担当者、1年間の取組内容とスケジュール、留意事項が記載され、取組状況を振り返ることができる内容となっています。

(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
評価結果 A	

評価の理由

事業計画は、前年度に施設長とサービス管理責任者によって作成され、法人の事業計画の中に位置付けられています。また、事業計画は職員会議等を通じて周知されており、職員の理解が図られています。事業計画全体の取組状況や達成状況については、法人の事業所連絡会において確認が行われています。事業所の行動計画については、3か月ごとにスタッフ会議で振り返りを行い、進捗状況を確認しています。さらに、事業所の事業計画に関しては、担当者の選定や取組内容の合意形成を図るため、策定過程において職員への周知や協議が行われています。

【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
評価結果 B	

評価の理由

事業所を含む法人の事業計画及び事業報告は、法人ホームページで公開されています。さらに、事業所玄関に備え付けられた保管用のファイルでも閲覧することができます。また、事業計画・事業報告は家族懇談会において配付され、説明が行われています。一方で、家族懇談会には全世帯が参加していないこと、また利用者への説明が行われていないことから、事業計画・事業報告の事業所部分については、全世帯への配付や事業所内での掲示等、利用者及び家族等の理解促進に向けたさらなる取組みが期待されます。

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

(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
評価結果 A	

評価の理由

令和7年度事業方針には「意思決定支援を意識し、支援にあたります」と明記され、重点取組事項の第一に「意思決定支援を実施」が掲げられています。また、取組内容として「様々な場面で意思決定を意識した支援をしていきます。活動・レクリエーション・選択給食（月2回、肉・魚、味付けの濃淡等を利用者が選択できる機会）等、利用者が分かりやすいツールを活用し、安心して自己決定ができる環境を整え、支援計画に反映します」と記載されています。重点取組事項の実現に向けた行動計画では、4月～9月に「職員の研修実施・（意思決定支援）ガイドラインの読み込み」、10月～12月に「個別支援計画への反映」、1月～3月に「実行後の見直し・改善」が位置付けられています。行動計画については、毎月のスタッフ会議で進捗状況の確認を行い、さらに3か月ごとに振り返りを実施することで、組織的にPDCAサイクルに基づく福祉サービスの向上に向けた取組みが進められています。

【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
評価結果 A	

評価の理由

【8】に記載のとおり、行動計画や個別支援計画の振り返りや改善が行われています。また、令和7年度の他の重点取組事項である「職員の研修」及び「安全運転・事故軽減」についても、それぞれ行動計画が策定されています。「職員の研修」では、4月～6月に「必要な研修の洗い出し・事業所内研修の準備」、7月～12月に「研修実施」、1月～3月に「実施後の見直し・改善」が位置付けられています。「安全運転・事故軽減」では、4月～1月に「運転マニュアルの整備・読み込み、安全運転の実施」、2月～3月に「意見交換・見直し」が位置付けられています。これらの取組については、毎月のスタッフ会議で進捗状況を確認し、さらに3か月ごとに行動計画の振り返りを行うことで、実施後の見直しや改善が図られており、組織的に継続的なサービス向上に向けた取組が進められています。

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

(1) 管理者の責任が明確にされている

【10】	Ⅱ-1- (1) -①	施設長は、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
評価結果 B		

評価の理由

法人の「職務権限総括表」には、施設長の職務権限が明記されています。事業所の施設長は、総合施設長として法人事業責任者に位置付けられると共に、事業所の施設長として事業所運営の責任を担うこととされています。また、事業所では、施設長不在時にはサービス管理責任者が施設長補佐としてその権限を代行する体制が整えられています。法人事業の実施方針については、法人の職員会議において理事長と共に表明され、事業所運営方針については事業所のスタッフ会議で職員に説明されています。さらに、家族等に対しては家族懇談会や広報誌「竹の子だより」の事業所紹介欄を通じて運営方針等の周知が図られています。一方で、人材確保が難しい状況の中、施設長は総合施設長を兼務しており、理事長補佐をはじめ法人事業責任者、人事・労務、虐待防止委員会等各種委員会の委員長といった法人本部の職務も担っています。そのため、事業所運営に専念することが難しく、通常時の事業所運営はサービス管理責任者に委ねられる場面が多くなっています。こうした状況は、福祉業界に共通する課題であると認められます。

【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
評価結果 A		

評価の理由

法人の中期計画では、4本の柱の第1に「コンプライアンスの遵守」が掲げられており、また「職務権限総括表」において理事長を法人法令遵守責任者と位置付ける等、法令遵守に向けた組織体制が整備されています。中期計画に示された取組方針は、①法人組織や事業を実施する上での関係法令を遵守した経営に努める、②法人の理念や諸規程・社会的ルールやモラルを遵守した信頼性の高い経営に努める、③理事会・評議員会・監事監査の役割を確認し、法人経営と各事業経営のチェック機能強化を図る、という内容となっています。これらの方針に基づき、毎年、役員や管理職を対象とした法令に関する講習会やハラスメント研修が実施されています。さらに、法令順守の観点も踏まえた経営会議が、理事長、総合施設長、事務長等の参画により毎月開催されており、継続的なコンプライアンス体制の強化が図られています。

(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
評価結果 A	

評価の理由

施設長は、福祉サービスの質の向上には、安定した人材確保と適正な人員配置が最重要であるとの考えの下、法人の総合施設長として人事・採用・配置に取組んでいます。一方で、職員の意識向上と支援技術の向上も、人材確保と並ぶ福祉サービス向上の「車の両輪」であると位置づけ、職員の意識改革と育成にも力を注いでいます。日頃から、共有知（障害者への権利侵害の歴史、障害特性、制度理解等）の必要性をミーティング等で伝えると共に、利用者に寄り添いストレングス（長所等）を活かす支援、行動指針（基本方針）の理解の深化、意思決定支援の継続・向上について、ミーティングや職員面談、スーパーバイズ等を通じて理解促進を図っています。こうした取組により、施設長は組織内で指導力を発揮し、職員の成長と支援の質の向上に寄与しています。

【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
評価結果 A	

評価の理由

施設長は総合施設長として、理事長・事務長等と共に定期的に経営会議を開催し、法令遵守、人事、労務、財務等の経営課題について分析・検討を行い、事業所への人材や予算等の資源配分を適正に行っています。また、法人では職員の定着策の一環として限定職員制度（常勤職員が育児や家族の介護・疾病に対応するため、休日・勤務時間・休憩時間を個別に設定できる制度：育児は小学4年の始期まで、介護は最長3年、疾病は原則1年）を導入し、子育てや介護と仕事の両立を可能にする「働きやすい職場づくり」に成果を上げています。当事業所は生活介護事業所として日中活動を提供しているため、生活支援員の勤務時間は基本的に8時30分から17時となっており、限定職員制度を利用する職員が多く勤務しています。さらに、ICTの導入により業務の効率化が進められており、職員の働きやすさとサービス提供の質の向上に寄与しています。

II-2 福祉人材の確保・育成

(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
評価結果 A	

評価の理由

法人の中期計画では、4本の柱の一つとして「人材育成・確保」が掲げられ、①働きやすい職場・環境整備の改善、②求人活動の強化、③キャリアパス制度の充実、④業務の効率化を推進、取組の方向性として位置付けられています。令和7年度の法人事業計画においても、人材確保・定着策として「①働きやすい職場環境づくり」、②「人材育成」が重点取組事項とされており、さらに事業所の同年度の事業計画にも職員研修が位置付けられています。法人の特徴的な取組みとして、働きやすい職場づくりの面では【13】で記載した「限定職員制度」があります。また、人材確保策として「職員推薦紹介制度」が設けられており、職員1人につき年間3名まで紹介が可能で、紹介した人材が入職した場合には、紹介した職員に対して賞与や昇給等人事評価面での優遇が図られる仕組みとなっています。人材育成については「キャリアパス人事考課制度」が導入されており、その内容については【15】で述べるとおりです。

【15】	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている
評価結果 A	

評価の理由

法人では「キャリアパス人事考課制度」を設け、①キャリアパス（自己成長や将来像の実現に向けた指針）、②階層別研修（キャリアパス等級ごとに実施する研修）、③人事考課制度（年2回の上長者との振り返り面談＝目標管理）の3本の柱を連携させることで、戦略的な人材育成と総合的な人事管理システムの構築が図られています。キャリアパス人事考課制度の詳細については【17】で記載します。

(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、働きやすい職場作りを取組んでいる
評価結果 A	

評価の理由

法人の中期計画及び令和7年度の法人の事業計画では、「働きやすい職場づくり」が重点的な取組として掲げられています。法人の取組としては、ホームページにも記載されているとおり「育児休業取得率100%継続中」であることや、限定職員制度の活用状況から、育児休業等の国の制度に加え、法人独自の制度が積極的に活用される職場環境が形成されていることが窺われます。職員の就業状況や家庭における介護等の事情、次年度の勤務に関する希望等は、年2回実施される施設長との面談を通じて把握されています。職員の処遇や福利厚生については、「表彰・お祝い制度（永年勤続表彰、資格試験合格祝金、慶弔見舞金制度）」を設けられている他、3福祉士（社会福祉士・介護福祉士・精神保健福祉士）の資格取得者には資格手当や昇給等の処遇改善が行われています。また、法人では毎年ストレスチェックを実施しており、必要に応じて産業医との面談が可能となっています。事業所においては、少人数の職員が同じ職員室で勤務することで意見交換等がしやすい環境が整えられています。さらに、生活介護の見学では、利用者との良好な関係性が構築されていることに加え、職員同士のチームワークにより明るい職場環境が形成されていることが認められました。

(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
評価結果 A	

評価の理由

法人では「キャリアパス人事考課制度」を設け、制度の仕組みの中に、管理職から一般職まで職位ごとに求められる資質や能力等を明示した人事基準として「キャリアパス」を位置付けています。法人は、職員のキャリアパス達成に向けて、毎年「人事評価表」と「個人目標シート」を用いた職員面接を実施しています。「個人目標シート」は、施設長と職員が年2回の面接で使用するもので、職員が設定した年度前半・後半のスキルアップ目標の達成状況や課題等を明らかにし、次期のスキル向上につなげることを目的としています。「人事評価表」は年度後半の面接時に用いられ、管理職用と、初級・中級・上級・指導職用に区分されています。評価項目は、1. 役割・自己評価（個人目標シートの達成状況）、2. マネジメントの評価（指導職以上が対象）、3. 業務遂行能力の評価、4. 意欲・取組姿勢の評価、5. 成果・実績・貢献の評価から構成され、各項目はさらに細分化されています。評価は各細目について5段階で行われ、自己評価と法人評価を踏まえて総合点が算出され、S～Dの評価が決定されます。このように、個人目標シートと、その結果を反映した「人事評価表」を活用することで、職員一人ひとりのスキルアップが図られると共に、その努力の成果が評価され、賞与等の処遇に反映されています。

【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
評価結果 B	

評価の理由

法人では研修体系が整備されており、新採用職員には新任職員研修が実施される他、OJT 制度により OJT リーダーが配置され、知識・技術の習得や不安・悩みの相談に応じる体制が整えられています。また、法人全体研修や階層別研修が実施されており、これに加えて事業所内研修や外部研修の受講機会も保障されています。法人研修では、権利擁護や障害福祉サービスの理解に関する研修が年3回程度開催され、さらにリーダーシップ等をテーマとした階層別研修も行われています。一方、事業所内研修及び外部研修の実施状況を見ると、令和6年度の事業所内研修は、6月の「福祉サービスの仕組みについて・防災について」と、2月の「感染症について」の年2回にとどまっています。また、外部研修についても、事業所の事業活動計算書における研修研究費の執行状況から、受講機会が多くないことが窺われます。業務多忙の中で研修の実施や外部研修の受講が難しい状況は理解できますが、事業所内研修及び外部研修のさらなる充実が求められます。なお、事業所では令和7年度の事業計画において「職員の研修」を掲げ、「事業所内研修等にて、意思決定支援・強度行動障害・発達障害等の支援方法について重点的に学びます。必要に応じて外部研修にも参加します」と記載しており、今後の取組みの進展が期待されます。

【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
評価結果 B		

評価の理由

常勤・非常勤職員を問わず、職員一人ひとりのスキルアップ研修等の受講歴が把握されており、未受講分野の研修や法人研修の受講について個別に促す取組が行われています。また、神奈川県や県西地域の市町が実施する広域研修、南足柄市の研修等の情報は職員室に掲示され、外部研修についても希望に応じて参加が図られています。さらに、動画研修も活用されており、非常勤職員の研修参加が確保されている点は評価できます。一方で、外部研修については、令和7年度の事業計画に記載されているとおり、業務上必要とされる研修を厳選し、より戦略的に活用していくことが求められます。今後は、事業所のニーズに応じた外部研修の選択と参加促進を進めることで、職員の専門性向上につながることを期待されます。

(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
評価結果 B		

評価の理由

実習生の受入れについて明文化された基本姿勢はありませんが、法人では統合施設長の職務に「実習生・ボランティアの受入れ許可」を位置付けており、「実習生・ボランティア受入規程」「実習生受入れ手順書」「実習生担当マニュアル」「実習生への説明マニュアル」等、受入れに必要な規程・マニュアル類が整備されています。事業所では、サービス管理責任者を実習生受入れ担当とし、受入れ体制が構築されています。実習生は主に入所施設で受入れており、2週間の実習期間の内2～3日を当事業所が担当しています。事業所では主に相談支援の実習を担当し、保育士や教員養成課程の学生を毎年2～3名受入れています。実習生受入れは社会貢献活動であると同時に、人材確保にもつながる重要な取組みです。今後は、ホームページや法人の事業計画に受入れ方針を明示する等、積極的な受け入れ姿勢を対外的に発信することで、より効果的な人材確保につながることを期待されます。

II-3 運営の透明性の確保

(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
評価結果 A	

評価の理由

ホームページでの情報公開内容は充実しており、「明星会について」「情報開示」「行事予定・お知らせ」「求人情報」「交通のごあんない」「お問い合わせ」の大項目の下に、関連情報が整理されています。「明星会について」では、沿革、パンフレット、基本理念・行動指針、人権守ろう宣言、広報誌「竹の子だより」、行事の様子を紹介する「みょうじょう日記」等が掲載されています。「情報開示」では、定款や役員名簿に加え、現況報告書、計算書類、事業報告書、事業計画書、第三者評価受審結果等が公開され、透明性の高い情報提供が行われています。「求人情報」では、法人の特徴や魅力、仕事内容、研修制度や各種制度等、職員が働き続けられるためのサポート体制が分かりやすく示されています。また、法人の広報誌「竹の子だより」を作成し、地域や関係機関に配布している他、見学者にはパンフレットや広報誌を配布し、丁寧な説明と対応が行われています。

【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
評価結果 B	

評価の理由

法人では、就業規則、経理規程、給与規程、人事考課規程、文書取扱規程、個人情報取扱規程、法人内の問題解決に関する規則等、運営管理に必要な規程が整備されており、職務権限も明確化されています。事業所においても運営規程が整備されており、職員の職務内容、工賃、利用者から受領する費用、利用者サービスに関する記録及び記録類の保管方法等が明確に示されています。なお、事業所に係わる予算の執行は法人本部が行っているため、事業所で扱う金銭は小口現金のみとなっています。小口現金の取り扱いについては、毎月法人本部によるチェックが実施され、適正な管理が図られています。また、サービスの質向上に向けて、施設間交流研修や、利用者が他のサービスを利用している事業所の見学等を通じ、事業所のサービス内容を振り返る機会が設けられています。こうした取組により、事業所運営の透明性とサービスの改善が継続的に図られています。

II-4 地域との交流、地域貢献

(1) 地域との関係が適切に確保されている

【23】	II-4- (1) -① 利用者地域との交流を広げるための取組を行っている
評価結果 B	

評価の理由

コロナ禍以前は、地域清掃やアルミ缶集め等、利用者と地域との交流の機会が設けられていました。自治会にも加入しており、回覧板を通じて空き缶回収等事業所の情報を地域に伝えていましたが、現在はこれらの活動は中断しています。また、事業所の秋まつり等に地域住民を招待する取組も行われていません。一方で、利用者の状態に応じた他の福祉サービスの利用については、法人系列の相談支援事業所を介して地域のサービス事業所につなげている他、県西地域の文化事業や南足柄市の地域福祉博への参加を通じて、利用者と地域との交流が図られています。また、自治会の防災訓練への参加や、月1回の地域清掃は継続して実施されています。今後は、地域との交流拡大に向けて、自治会長や自治会役員会と相談し、回覧板や自治会掲示板を活用して事業所の活動や行事の周知・PRを行うこと、アルミ缶集めへの協力依頼を再開すること等が求められます。さらに、事業所が実施する行事に地域住民を招待する等、地域の中での事業所の存在意義を積極的に発信していくことが望まれます。

【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
評価結果 B	

評価の理由

ボランティア受入れに関する基本姿勢の明文化はありませんが、法人では、「実習生・ボランティア受入れ規程」「ボランティア受入れ規約」を整備しています。総合施設長が「実習生・ボランティアの受入許可」を行うと共に、法人内に受入れ担当を配置し、受入れ体制を整えています。また、ボランティアの協力が必要な事業所に向けて、ホームページで募集を行う等、受入れの機会を確保しています。事業所では、秋まつりやクリスマス会等の行事において、ボランティアセンターへ人的支援を依頼している他、職員の子どもをボランティアとして登録する等、行事支援体制の充実を図っています。学校教育への協力としては、中学生の職業体験を年2回（5人×2日×2回）受入れている他、支援学校の生徒の実習受入れも行っています。今後は、ボランティア受入れについても法人・事業所の事業計画等に明記し、積極的な受入れ姿勢を対外的に示すことで、地域とのつながりの強化や人材確保につながることを期待されます。

(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
評価結果 A	

評価の理由

利用者や家族支援に必要な医療・福祉等のサービス提供機関や事業所等のリストが整備され、職員室に備えつくと共に、システムにも搭載されており、職員間での情報共有が図られています。また、市内の事業所による施設長会議や担当者会議を通じて、関係機関との連携体制が構築されています。さらに、県西地域の文化事業や南足柄市の「ちいき・ふくし博」等への参加を通じて、利用者の福祉向上を目指した取組が行われています。

(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
評価結果 B	

評価の理由

事業所の稼働率の維持・向上に向けて、施設長を中心に福祉施策の動向や利用者数等、多面的な地域福祉ニーズの把握が行われています。事業所では、利用者の受入れ相談や見学時の相談対応を通じて地域のニーズを把握すると共に、相談支援事業所を通じて事業所利用に関する情報を得ています。今後は、地域での相談事業の実施や、法人・行政が主催するイベントへの参加を通じて事業のPRや相談支援を行う等、事業所が有する機能やノウハウを活かし、地域の福祉ニーズをより積極的に把握していくことが期待されます。こうした取組みにより、地域における事業所の役割が一層明確になり、利用者支援の充実にもつながると考えられます。

【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
評価結果 B	

評価の理由

法人全体としては、生活困窮世帯の子どもの学習支援や居場所づくり、こども食堂を通じた食料支援、就労準備支援、パン作り体験等、多様な社会貢献活動が展開されています。事業所では、月1回の地域清掃を継続して実施している他、災害時には利用者の家族や地域住民を可能な範囲で受入れる用意もあります。一方で、地域への社会貢献活動は現状これらに限られており、活動の幅は限定的です。今後は、自治会との連携を深め、自治会活動への協力や、事業所が実施するイベントへの地域住民の招待等、地域との関わりを広げる取組みが期待されます。

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

(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持つための取組を行っている
評価結果 A	

評価の理由

法人の基本理念や基本方針（行動指針）をはじめ、「人権守ろう宣言」や「あおぞらプランⅢ」については、年4回開催される職員会議において毎回読み合わせが行われ、職員室にも掲出されていることから、職員の人権意識の共有化が図られています。「人権守ろう宣言」は法人独自のもので、「①私たちは、くん・ちゃん・あだ名呼びはしません」から「⑫私たちは、時・場所・場合に合わせた声かけをします」までの12項目で構成されています。また、神奈川県知的障害施設団体連合会が策定した「あおぞらプランⅢ（知的障がい施設利用者宣言・知的障がい者権利擁護宣言・行動計画）」と併せて、利用者の人権を守るための職員の行動指針・行動規範として位置付けられています。さらに法人では、職員全体研修会において毎年、権利擁護、ハラスメント防止、個人情報保護等の研修を実施している他、非常勤職員を対象とした「障害特性を正しく理解し、適切な支援を考える」研修等も行われています。また、「人権守ろう宣言」に基づき、人権チェックリストを用いた職員の振り返りも実施されており、日常的な人権意識の向上に努めています。

【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
評価結果 B	

評価の理由

プライバシーへの配慮について明文化された基本姿勢はありませんが、「入浴・排泄マニュアル」や「排泄（女性利用者）支援マニュアル」が整備されており、支援時の留意点が明確に示されています。事業所では、トイレにドアを設置する等、プライバシーに配慮した施設環境が整えられています。また、利用者が一人になりたい時に利用できる部屋を確保している他、「（引継ぎ事項等）利用者に聞こえる声で話していませんか」といった注意書きを職員室に掲示する等、利用者の尊厳を守るための環境整備やプライバシーに関する職員の意識向上を図っています。

(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
評価結果 A		

評価の理由

法人及び施設の情報は、ホームページを通じて広く公開されています。法人のホームページの掲載内容については【21】に記載のとおりです。事業所のホームページには、事業所の概要をはじめ、日中活動の様子（作業・散歩・リラクゼーション・創作）、レクリエーションの様子、クラブ活動の紹介等が、写真と分かりやすい説明文と共に掲載されています。また、法人全体のパンフレットや広報誌「竹の子だより」は、法人のホームページからダウンロードできるようになっており、情報へのアクセス性が高められています。利用希望者に対しては、重要事項説明書や日課表等を用いて、サービス内容を利用者及び家族に説明しています。外国籍の利用者・家族への説明については、希望に応じて翻訳ソフトの活用、漢字へのルビ付け、写真やイラストの使用等、理解を促すための工夫が行われています。

【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
評価結果 A		

評価の理由

事業所のサービスの開始に当たっては、重要事項説明書を用いて【30】に記載のとおり、利用者及び家族の理解を得るために丁寧な説明が行われています。説明後には、利用者、法定代理人、身元引受人の署名・押印を徴取し、同意の確認が適切に行われています。また、サービス内容に変更が生じる場合には、文書を作成した上で、利用者本人の状況やニーズに応じた丁寧な説明を行い、利用者・家族の理解を得ています。その際にも、利用者や家族等の署名・押印を得ています。

【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
評価結果 B		

評価の理由

サービス事業所等の変更にあたっては、従前のサービス内容から著しい変更が生じないように、相談支援機関と連携しながら移行後のサービス提供を想定し、利用者本人の状況やニーズを踏まえた相談や合意形成に努め、円滑な事業所移行等が図られています。なお、移行後の対応については主として相談支援機関が担うため、事業所から移行先事業所への引継ぎや、移行後の問合せ窓口等の文書による周知といった対応は実施していません。

(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
評価結果 B	

評価の理由

利用者は年5回開催されており、給食、レクリエーション、クラブ活動に関する意見交換が中心となっています。特に給食に関する要望は、給食会議の前に利用者会を実施することで、利用者の意見を適切に反映できるよう工夫されています。また、利用者からの悩み事相談については、希望に応じて随時相談に対応しており、個別支援の充実が図られています。家族会は設置されていませんが、年1回の家族懇談会を開催し、事業所の運営方針や行事予定等を説明しています。通所事業所であることから、送迎時等に随時家族と面談する機会があり、そのため家族アンケートは実施していません。家族懇談会や日常的な家族面談で得られた相談内容は職員間で共有され、改善に向けた話し合いが行われ、結果についても適切にフィードバックしています。

(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
評価結果 A	

評価の理由

事業所では、苦情解決窓口(担当者)をサービス管理責任者、解決責任者を法人の総合施設長とし、さらに障害福祉分野の経験者2名を第三者委員として委嘱することで、苦情解決の仕組みが整備されています。また、苦情相談を内部で完結させることなく、外部の相談窓口として「かながわ福祉サービス運営適正化委員会」を位置付け、重要事項説明書や所内掲示に明記している点は評価できます。さらに、事業所ではオンブズマン制度を導入しており、市民オンブズマンが年6回来所し、利用者や家族からの相談に応じる体制が整えられています。苦情等が寄せられた場合には、「苦情対応取扱要綱」に基づき適切な対応が行われ、苦情申出書、苦情受付簿、苦情解決記録、申出人への報告等、一連の様式も整備されています。なお、苦情は法人として公表することを前提としていますが、近年は第三者委員まで報告される案件がないため、結果として公表は行われていません。

【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
評価結果 B	

評価の理由

日中活動、クラブ活動、レクリエーション活動等を通じて、利用者と職員との間には良好な関係が築かれており、利用者が職員にいつでも相談や意見を伝えやすい環境が整っています。また、オンブズマン制度を導入しており、市民オンブズマンが年6回来所することで、利用者が気軽に相談できる機会が確保されています。家族についても、送迎等に職員と顔を合わせる機会が多く、話しやすい関係づくりが図られています。さらに、利用者や家族から他者に知られたくない相談があった場合には、個室での対応も可能となっており、プライバシーへの配慮も行われています。相談方法については、重要事項説明書の苦情申し立て項目に「どのような方法でも相談できる」旨が記載されていますが、苦情申し立てにおいて職員を選ぶことはできません。今後は、重要事項説明書に「相談」の項目を独立して設け、どのような方法でも、またどの職員にも気軽に意見や相談ができることを明記することで、利用者が安心して相談できる体制が明確になることが期待されます。

【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
評価結果 B	

評価の理由

相談対応に関するマニュアルは整備されていませんが、サービス改善に関わる相談や意見については、苦情対応取扱要綱に準じて、苦情申出書、苦情受付簿、苦情解決記録、苦情申出人への報告等、一連の手続きに沿って対応する仕組みを整えています。利用者や家族等からの相談や意見には即時対応を基本とし、事業所内で検討を要する内容については、記録に残した上で夕方のミーティング時に職員間で共有し、検討結果を翌日の送迎時に伝える等、迅速な対応に努めています。また、意見箱も設置されていますが、利用者会の開催や、日頃から相談・意見を述べやすい環境づくりに取り組んでいることから、利用者アンケートは実施していません。なお、来年度からは勤務表を見直し、朝にもミーティングを行う予定としており、相談内容の共有や対応の迅速化がさらに図られることが期待されます。

(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
評価結果 A	

評価の理由

法人では、研修や虐待防止等主要課題を検討する委員会が、事業所からの委員参加により法人本部に設置されており、防災・防犯や、事業継続計画（BCP）、広報、実習生受入れ等、共通業務についても各事業所に担当を置き、連携・協働による事業所横断的な取組が進められています。こうした横断的な組織体制は、法人運営の特徴として評価できます。リスクマネジメントもその一つであり、全事業所から選出された委員と、事業所の中から選定された施設長で構成される「リスクマネジメント委員会」が組織されています。同委員会で分析・検討された内容は、施設長やサービス管理責任者等管理職で構成される「事業所連絡会議」の中の「リスクマネジメント会議」に報告され、課題ごとに協議が行われています。令和6年度の「リスクマネジメント会議」は年5回開催されています。リスクマネジメントマニュアルについては、案が既に会議に提案されており、今年度中に成案となる見込みです。なお、事業所の令和6年度事業報告におけるリスクマネジメント結果は、事故報告25件、インシデント報告12件で、事故報告では車の運転に関わるものが11件と最も多く、インシデント報告では転倒が4件と最も多い状況です。事業所では、これらの結果を踏まえ、令和7年度の重点取組事項として「安全運転・事故軽減」を掲げ、安全運転マニュアルの作成等を通じてリスクの低減に取り組んでいます。

【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
評価結果 A	

評価の理由

感染症については、下部委員会を設置せず、施設長やサービス管理責任者等管理職で構成される「事業所連絡会議」の中で、課題ごとに切り替えて運営される委員会の一つとして「感染症対策委員会」を位置付け、協議・検討を行う体制が構築されています。感染症対応としては、「新型コロナウイルス感染症発生時における業務継続計画（BCP）」を策定し、各事業所に BCP 担当者を配置しています。また、法人が実施する職員全体研修会において、令和 6 年度は「感染症予防に関する研修及び訓練（BCP 研修訓練を兼ねる）」を実施する等、職員の知識と対応力の向上を図っています。さらに、消毒用品や嘔吐処理キット等を備え、「衛生管理マニュアル」や「感染症胃腸炎感染者対応マニュアル」に基づき、感染症予防及び発生時の対応を行っています。BCP や感染症関連マニュアルについては、BCP 担当者や本部看護師が毎年点検・見直しを行い、内容の更新が図られています。事業所でも令和 6 年に感染症に関する研修を実施しています。なお、事業所ではコロナ禍においても事業所閉鎖に至る事態は発生しておらず、適切な感染症対策が講じられていることが窺えます。

【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
評価結果 A	

評価の理由

防災・防犯等の安全対策については、下部委員会は設置せず、施設長やサービス管理責任者等管理職で構成される「事業所連絡会議」の中で、課題ごとに切り替えて運営される委員会の一つとして「安全対策委員会」を位置付け、協議・検討を行う体制が構築されています。自然災害に備えては、「自然災害発生時における業務継続計画（BCP）」を策定し、各事業所に BCP 担当者を配置すると共に、法人が実施する職員全体研修会において BCP に関する研修・訓練を行っています。また、各事業所には防災・防犯担当者が配置され、「非常災害時対応マニュアル及び避難確保計画」をはじめ、「所在不明者対応マニュアル」「心肺蘇生マニュアル」「てんかん発作時対応マニュアル」等、非常時の対応に必要なマニュアルが整備されています。さらに、「所在不明者の捜索時フローチャート」「緊急時フローチャート」「災害対策手順」「非常通報装置取り扱い」等、災害時・緊急時に職員が即時対応できるよう、具体的な手順書も用意されています。事業所では、令和 6 年度取組みとして、防災面では避難訓練（2 回）と緊急連絡メール訓練、防犯面では研修（1 回）、BCP については職員への周知を実施しています。避難訓練は消防署の指導を受け、1 階の放課後デイサービス「ポップ」と連携して行っています。また、非常災害時の備蓄品は栄養士が管理しています。なお、事業所所在地はハザードマップ上では無指定地域となっています。

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

(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
評価結果 A	

評価の理由

利用者支援に関するマニュアルは、【38】【39】に示される非常時対応マニュアルに加え、通常時の支援に関するマニュアルも整備されています。通常時のマニュアルとしては、「生活介護運営規程」をはじめ、「送迎」「食事」「食事支援」「入浴・排泄」「排泄（女性利用者）支援」「車椅子対応支援」「レクリエーション」「レクの進め方」等、利用者の一日の支援に関わる内容が網羅的に整備されています。また、利用者の人権を守るためのマニュアルとして、「人権守ろう宣言」や「あおぞらプランⅢ」を基盤に、「虐待防止マニュアル」「虐待防止フローチャート」等も設けられています。これらのマニュアル類は職員室に常備され、「人権守ろう宣言」や「あおぞらプランⅢ」については掲示することで、職員の意識共有が図られています。マニュアルに沿った適切な支援が行われているかについては、スタッフ会議においてサービス管理責任者を中心に確認が行われています。さらに、夕方のミーティングや昼休み等、職員が集まる時間を活用して支援方法に関する話し合いが行われる等、日常的に支援の質向上に向けた取組が進められています。

【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
評価結果 B	

評価の理由

事業所の生活介護に関するマニュアルは、毎年度初めにスタッフ会議で内容確認が行われています。また、新任職員へのOJTの際や、職員から指摘があった場合には、その都度見直しを行う等、継続的な改善が図られています。個別支援計画の実施や日課の運営において、突発的な事態や不都合が生じた場合には、利用者の状態やニーズを最優先に考え、マニュアルを柔軟に運用しながら適切な対応を行っています。

(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
評価結果 B	

評価の理由

個別支援計画の策定に当たっては、相談支援事業所と連携し、利用者の状態や日常の生活能力、家族の支援ニーズ等の情報を収集した上で、事業所内の専門職も参加する個別支援会議においてアセスメントを行い、計画を作成しています。作成した個別支援計画については、利用者及び家族に説明し、了解を得た上で実施されています。また、個別支援計画やアセスメント結果はシステム上で管理され、全職員が内容を共有できる体制が整えられています。一方で、アセスメントに向けた利用者情報の把握は相談支援事業所と連携して行われているものの、個別支援会議に事業所外の専門職等が参加していない点は、今後の検討課題と言えます。

【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
評価結果 B	

評価の理由

個別支援計画は、6 か月に 1 度開催されるモニタリング会議で見直しを行っています。見直しに当たっては、利用者のニーズや計画実施中の状態変化を把握すると共に、送迎等の機会を活用して家族等の意見や要望を聴取し、計画の見直しに反映しています。家族との対面での聞き取りが難しい場合には、書面や電話により必ず意見・要望を確認する体制が取られています。個別支援計画の実施にあたっては、利用者一人ひとりのニーズに寄り添った丁寧な対応を心がけているため、緊急に計画を変更する仕組みや実例はこれまでありません。改定された個別支援計画やモニタリングの結果についてはシステム上で全職員が共有できるようになっています。

(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
評価結果 A	

評価の理由

個別支援計画や利用者のケース記録の記載方法については、「個別支援計画マニュアル」及び「ケース記録における用語の取り扱いについて」を参照しながら、職員が作成・記録等を行っています。「個別支援計画マニュアル」には書式やモニタリングに関する説明書も添付されており、手順が分かりやすく示されています。ケース記録に関しては、記録の意義・必要性・書き方、記録時の留意点が整理されている他、日常・医療・特別・作業の各欄における記載ポイントも明示されています。さらに、新採用職員への OJT や、サービス管理責任者による日常的な指導を通じて、記載方法や内容の適正化が図られています。また、今年度(令和7年度)には、サービス管理責任者の研修資料「個別支援計画 計画作成のポイントと作成手順」が職員に回覧され、周知が行われています。これにより、計画の質の向上と記録の統一性が確保されています。

【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
評価結果 A	

評価の理由

「あおぞらプランⅢ」の「あおぞらまもろう宣言(知的障がい者権利擁護宣言)」第4条「プライバシー保護」及び「人権守ろう宣言」の「③利用者情報を、むやみに外部にもりません」という基本方針に基づき、法人では個人情報保護の体制を整備しています。就業規則には職員の守秘義務を明記し、入職時に周知すると共に誓約書を徴取しています。また、「個人情報取扱規程」を設け、個人情報の保護及び利用の基準を明確にし、利用者情報の適切な管理を徹底しています。利用者の個人ファイルは職員室の施錠できる書棚に保管され、退勤時には職員室及び玄関を施錠しています。パソコン等の ICT 機器は ID・PW 管理を行い、退勤時には職員室で保管しています。建物全体については警備会社と契約し、セキュリティ体制を確保しています。紙媒体の記録については、保存期間(5年間)経過後、法人全体で処分日を設定し、集積場所に持ち寄った上で、専門業者に処分を委託しています。

内容評価 A-1 利用者の尊重と権利擁護

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
評価結果 A		

評価の理由

利用者会議は年5回開催しており、進行・書記・発表等の役割を利用者自身が担い、職員はサポートに徹することで、利用者主体の運営を実現しています。会議では、食事、レクリエーション、行事、作業、クラブ活動等、利用者の関心に基づくテーマについて話し合われています。また、事業所の日課においても利用者の選択を重視しています。作業内容は固定せず、利用者が選べるようにしている他、レクリエーションや選択給食（月2回、魚・肉の選択や味付けの濃淡等を選べる）、クラブ活動についても、分かりやすいツールを用いて利用者が自ら選択できるよう支援しています。さらに、利用者との話し合いの機会を設け、一人ひとりのニーズを踏まえた個別支援の充実にも努めています。

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
評価結果 A		

評価の理由

法人及び事業所では、「あおぞらプランⅢ」及び「人権守ろう宣言」を遵守し、利用者の人権を尊重した支援に取り組んでいます。これらの指針や月人権スローガンは、職員が常に意識できるよう職員室に掲示しています。また、法人内には全事業所から選出された職員で構成する「虐待防止委員会」を設置し、隔月で開催しています。さらに、職員全体研修会では権利擁護（虐待防止）に関する研修を実施し、職員の理解向上を図っています。身体拘束等の適正化に関する指針も策定しており、身体拘束適正化委員会や関連研修は、虐待防止委員会の活動と連携して行っています。事業所では、利用者がパニック等の状態に陥った際には複数の職員で対応し、対応時間・状況・原因等を記録することで、不適切な対応が生じないよう配慮しています。また、虐待等の届け出や報告についても研修の中で周知すると共に、職員室に「虐待防止フローチャート」を掲示し、職員が適切に対応できる体制を整えています。

内容評価 A-2 生活支援

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
評価結果 A		

評価の理由

事業所の運営方針は、利用者が自立した日常生活や社会生活を営めるよう、総合的な支援を行うことにあります。そのため、利用者一人ひとりの自律・自立に配慮し、個別支援計画に基づいた支援を実施しています。職員は、利用者のストレングス（強みや伸びしろ）を見つけて伸ばす支援を心がけています。利用者が自分でできること、或いはできそうなことについては、できるだけ手を出さずに見守り、必要な場面でのみ支援を行うという基本姿勢を事業所全体で共有し、日々の支援に取り組んでいます。

【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
評価結果 A	

評価の理由

利用者とのコミュニケーションにおいては、できるだけ分かりやすい言葉を選び、優しく丁寧で明瞭な発声を心がけ、会話による意思疎通を最優先としています。一方、言語による理解が難しい利用者には、イラストの活用、普段と異なる動きや表情の変化を職員間で共有して対応すること、家族の協力を得ること、手紙や絵カードを用いること等、多様な手段を組み合わせることでコミュニケーションの工夫を行っています。職員へのヒアリングでは、「本人に合うと思われる作業を提供し、その反応や感情（気持ち）を読み取っている」「利用者同士でLINEを交換しており、その内容を職員に見せてくれる。利用者が利用者の代弁をしてくれることがある」といった意見も聞かれ、日常的に多角的なコミュニケーションが図られている様子が窺えました。

【A5】	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
評価結果 A	

評価の理由

相談支援においては、利用者が「話したい時に話せる」関係づくりを大切にしています。利用者から相談の意志が示された際は、職員はできる限りその場で対応するよう努めています。また、直ぐに対応が難しい場合には、その理由を伝えた上で、できるだけ速やかに対応するよう配慮しています。活動の選択に関しては、絵カードを用いて、利用者が意思決定しやすい情報提供を行っています。職員が受けた相談内容は、サービス管理責任者へ報告され、夕方のミーティングで職員間の共有を図ることで、組織的な対応につながっています。さらに、外部の視点を取り入れるため、市民オンブズマンによる相談や話し合いの機会も年6回設けています。

【A6】	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
評価結果 A	

評価の理由

今年度（令和7年度）の事業所の重点取組事項として「意思決定支援を実施」を掲げ、「様々な場面で意思決定を意識した支援をしていきます。活動・レクリエーション・選択給食等利用者が分かりやすいツールを使いながら、安心して自己決定ができる環境を作り、個別支援計画へ反映します」と明記し、取組みを進めています。利用者の自己決定を個別支援計画へ反映する方法としては、作業内容を固定せず利用者の希望に沿って提供すること、利用者会議で出された意見を日中活動に反映すること、クラブ活動やお出かけレク等で利用者自身に選択してもらうこと、レクリエーションについては本人が参加を希望するものを確認すること、地域での活動情報を提供し、参加希望があれば個別支援計画に反映すること等、多様な場面で意思決定の機会を設けています。これらの取組を通じて、利用者の意思決定を尊重し、個別支援計画に反映させながら、日中活動支援を行っています。

【A7】	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
評価結果 A		

評価の理由

障害の特性に応じた支援技術の習得については、法人の階層別研修において、新任職員・非常勤職員には「障害特性を正しく理解し、適切な支援について考える」研修を、1・2等級（初級・中級）職員には「支援技術の基本」をそれぞれ実施しています。さらに、新任職員・非常勤職員には、ベテラン職員がOJTを通して利用者支援の方法を助言し、実践的な学びを支えています。また、毎日のミーティングで支援方法を確認し、職員間で統一した支援が行えるようにしています。行動障害のある利用者については、日々の様子を把握し、必要な支援を検討すると共に、行動面に課題が見られる場合には、できるだけ早期に支援を実施し、安心して生活できる環境づくりに努めています。障害特性についても職員全体で理解を深め、共有しながら支援の質向上を図っています。さらに、利用者間の関係調整にも配慮しており、関係性が良くない利用者同士が同じ空間で過ごすことがないように、日中活動の場を2階と3階に分ける等、利用者が快適に過ごせる環境づくりを工夫しています。

A-2-(2) 日常的な生活支援

【A8】	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
評価結果 B		

評価の理由

食事については、給食会議の前に利用者会議を開催し、利用者会議で出された「食べたいもの」や「美味しかったもの」等の意見を給食会議へ報告し、献立に反映しています。献立には季節の食材を取入れる等、バランスの良い食事提供に努めています。また、月2回の選択給食を実施し、利用者がメニューや味付けを選んで喫食できるようにしています。入浴については、事業所に入浴設備がないため原則として支援は行いませんが、夏季等特に利用者から希望がある場合や状況を勘案して必要と判断される場合には、1階共用部のシャワーユニットを使用することがあります。排泄支援は、本人の様子に合わせて無理強いすることなく、状況を見極めながら適切に対応しています。移動支援についても、利用者一人ひとりの状況に応じて柔軟に支援を行っています。

A-2-(3) 生活環境

【A9】	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
評価結果 A		

評価の理由

利用者が利用する作業室や食堂は、2方向に窓があり日当たりや通風が良好です。各スペースは十分な広さが確保されており、利用者の動線がスムーズで死角もないため、安全に配慮された生活環境となっています。トイレも明るく、清潔感が保たれています。また、2階・3階には多目的に利用できる小部屋があり、利用者のクールダウンやゆったり過ごす場所として活用されています。事業所内は毎日、掃除と消毒を徹底しており、清潔な環境を維持しているため、コロナ禍においても事業所の閉鎖に至る状況は発生していません。さらに、ハサミ等の危険物は所定の場所に保管し、安全面への配慮も徹底しています。

A-2-(4) 機能訓練・生活訓練

【A10】	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
評価結果 A	

評価の理由

外部からの受注作業を通じて、数を数える、細い糸に製品を通す、容器を包装するといった手先を使う作業を取入れ、生活動作の中で機能訓練を行っています。また、洗濯物干し、コップ洗い、買い物等、日常生活に必要な動作を訓練として取り入れ、生活力の向上につなげています。なお、機能訓練・生活訓練は本事業所のサービス内容の範囲外であるため、専門職員による支援や訓練計画に基づく支援は実施していません。

A-2-(5) 健康管理・医療的な支援

【A11】	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
評価結果 A	

評価の理由

毎月、看護師が利用者のバイタルチェックを実施しています。また、利用者の健康状態の把握や体調変化時の対応については、看護師と医療担当職員が連携して行っています。非常事態に備え、「心肺蘇生マニュアル」や「てんかん発作時対応マニュアル」を整備しています。感染症に伴う嘔吐への対応として、吐しゃ物処理の実習も実施しています。排泄状況に変化が見られた際には、職員間及び家族と情報共有を行い、適切な対応につなげています。さらに、体力低下を未然に防ぐため、散歩やリラクゼーション等の活動を取り入れ、健康維持に努めています。

【A12】	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
評価結果 A	

評価の理由

重要事項説明書では「健康支援」を位置付け、その中で「健康管理」と「服薬管理」を実施しています。健康管理については、看護師が観察や疾病予防、バイタルチェック（血圧・脈拍・体重測定）を行い、利用者の健康状態を継続的に把握しています。服薬管理については、医師の処方に基づき、看護師や医療担当職員の指示の下、支援員が利用者の服薬支援を行っています。また、利用者へ提供する薬剤は医療担当職員が一元的に管理し、安全な服薬体制を確保しています。事業所では、総合医療、精神科、歯科、内科、外科、さらには総合医療機関への入院に対応できるよう、協力医療機関及び指定医療機関との連携体制を整備し、必要な医療支援を受けられる環境を構築しています。

A-2-(6) 社会参加、学習支援

【A13】	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
評価結果 A	

評価の理由

社会参加の取組みとしては、小田原駅周辺で行われる赤い羽根共同募金に利用者が参加している他、施設近隣での清掃活動にも取組んでいます。友人との交流については、日帰りでの外出を行うことがあり、外出レクリエーションは利用者にとって社会学習の機会にもなっています。また、事業所ではクラブ活動を奨励しており、「映画・のんびり」「ドライブ・散歩」「運動・カラオケ」の3つのサークルから、利用者が希望する活動を選んで参加しています。これらのクラブ活動も、社会参加や学習の機会として位置付けられています。

A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援

【A14】	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
評価結果 A	

評価の理由

地域移行を希望する利用者については、相談支援機関へ必要な情報提供を行い、連携しながら支援を進めています。事業所では外部から多種多様な受注作業があり、作業の手順や商品の取り扱い等のルールを、利用者が日々の活動の中で自然に身に付けています。また、グループホームへの移行が見込まれる利用者には、掃除、洗濯、洗濯物干し等の役割を担ってもらい、生活スキルの習得につながるよう支援しています。生活スキルの習得において、例えば洗剤の適量が分かりにくいといった課題がある場合には、プッシュタイプのボトルを使用する等、利用者にとって分かりやすい環境づくりを工夫しながら取組んでいます。

A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援

【A15】	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
評価結果 A	

評価の理由

事業所では利用者の送迎を行っているため、ドア to ドアで家族と日々接する機会があり、家族との良好な関係が築かれています。日中活動の中で利用者がスキルアップした点や、行動面で気になる様子があった場合には、職員間で情報を共有した上で家族へ伝えています。利用者に関わる情報は家族と共有することを基本とし、家族との情報共有や連携を図りながら支援を進めています。また、家族からの相談にも丁寧に対応し、密なコミュニケーションを通じて支援体制を整えています。

内容評価 A-3 発達支援

A-3-(1) 発達支援

【A16】	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
評価結果 非該当		

評価の理由

成人対象施設であるため非該当です。

内容評価 A-4 就労支援

A-4-(1) 就労支援

【A17】	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
評価結果 B		

評価の理由

事業所は就労支援事業所ではありませんが、生活介護の日中活動の中で工賃を伴う作業を行っています。外部から受注する多種多様な作業については、利用者の能力に応じてレベル分けを行っています。作業内容は固定せず、利用者が複数の未完成品の中から自分の意志で選んで取組めるようにしています。これらの作業は手先を使う工程が多く、作業スキルの向上だけでなく、生活スキルの向上にも効果をもたらしています。また、作業の手順や商品の取り扱いに関するルールも、日々の活動を通して利用者が自然に身に付けています。利用者会議では、外注作業の内容や工賃について利用者同士で話し合う機会を設けています。家族に対しては、重要事項説明書の中で日中活動支援に事業所内作業が含まれることを説明すると共に、毎月の工賃について利用者と家族へ報告しています。

【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
評価結果 A		

評価の理由

【17】に記載のとおり、利用者の能力に応じたレベル分けは行っていますが、作業内容は固定せず、いくつか用意された作業の中から利用者が自ら選択して取組んでいます。作業工程は、受注先の納期から逆算して設定し、計画的に進めています。工賃については、毎月、利用者及び家族に報告し、同意を得た上で支払っています。また、工賃向上を図るため、新たな受注先の開拓にも努めています。作業は主に午前中に実施し、午後はレクリエーション活動等に充てているため、労働安全衛生に抵触する状況は生じていません。

【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
評価結果 B	

評価の理由

事業所は就労支援を目的とした事業ではありませんが、一般就労や就労継続支援 B 型事業所への移行を希望する利用者がある場合には、移行支援を行う体制を整えています。また、工賃向上につながるよう、受注先の拡大にも取り組んでいます。なお、評価項目については、1 番目（職場や受注先の開拓等）と 3 番目（利用者の状況に合わせた適切な就職支援）を除き、その他の項目（ハローワーク等との連携、職場定着等の支援、離職した場合の支援、地域の企業等との関係性の構築はされていますが、働く場における合理的配慮の促進）は該当しないものと認められます。

利用者本人アンケート調査結果

施設名 竹の子ケアセンター

アンケート送付数（対象者数）	50人
回収率	70%（35人）

〈利用者本人調査項目〉

※上段人数、下段%で示しています

【No.1】 ふつうに、安心して職員に話しかけたり、話かけられたりしていますか？

はい	どちらでもない	いいえ	無回答
29人	3人	1人	2人
83%	9%	3%	6%

【No.2】 あなたにあった支援（話しかけや態度）を受けていますか？

はい	どちらでもない	いいえ	無回答
26人	3人	2人	4人
74%	9%	6%	11%

【No.3】 体調が悪いときやけがをしたとき、看護師がみてくれたり、病院に連れていってくれたりしていますか？

はい	どちらでもない	いいえ	無回答
20人	5人	4人	6人
57%	14%	11%	17%

【No.4】 自分にあった食事がだされていますか？

はい	どちらでもない	いいえ	無回答
30人	4人	0人	1人
86%	11%	0%	3%

【No.5】 ケアセンターでの作業や活動は楽しいですか？

はい	どちらでもない	いいえ	無回答
30人	3人	1人	1人
86%	9%	3%	3%

【No.6】 あなたの活動の計画をつくる時、職員はあなたの話をよく聞いてくれますか？

はい	どちらでもない	いいえ	無回答
29人	3人	1人	2人
83%	9%	3%	6%

【No.7】 職員はあなたの計画のとおりに支援をしてくれますか？

はい	どちらでもない	いいえ	無回答
26人	5人	1人	3人
74%	14%	3%	9%

【No.8】 あなたの気持ちを大事にしてくれていると思いますか？

はい	どちらでもない	いいえ	無回答
20人	4人	3人	8人
57%	11%	9%	23%

【No.9】 ケアセンターは要望や不満などに、きちんと答えてくれますか？

はい	どちらでもない	いいえ	無回答
19人	5人	2人	9人
54%	14%	6%	26%

【No.10】 職員はあなたのプライバシー（人に知られたくないこと・秘密）を守ってくれますか？

はい	どちらでもない	いいえ	無回答
23人	3人	1人	8人
66%	9%	3%	23%

【No.11】 職員に相談したり、意見を言いやすい雰囲気ですか？

はい	どちらでもない	いいえ	無回答
19人	4人	1人	11人
54%	11%	3%	31%

【No.12】 変えてほしいことや困ったことがあった時、ケアセンター以外の人に相談できることを知っていますか？

はい	どちらでもない	いいえ	無回答
20人	7人	3人	5人
57%	20%	9%	14%

【No.13】 ケアセンターを利用するときに説明を受けましたが、わかりやすかったですか？

はい	どちらでもない	いいえ	無回答
23人	6人	2人	4人
16%	18%	19%	21%

利用者家族アンケート調査結果

施設名 竹の子ケアセンター

アンケート送付数（対象者数）	50人
回収率	74%（37人）

〈利用者家族調査項目〉 ※上段人数、下段%で示しています

【問1】あなたは、事業所の基本理念や基本方針をご存知ですか

よく知っている	まあ知っている	どちらともいえない	あまり知らない	まったく知らない	無回答
3人	8人	12人	4人	1人	9人
8%	22%	32%	11%	3%	24%

【付問】あなたは、その理念や方針は共感できるものだと思いますか

共感できる	まあ共感できる	どちらともいえない	あまり共感できない	共感できない	無回答
11人	1人	1人	0人	0人	24人
30%	3%	3%	0%	0%	65%

【問2】利用を始める時の状況について

2-1「事業所に関する情報提供について」

満足	どちらかといえば満足	どちらかといえば不満	不満	無回答
15人	17人	2人	1人	2人
41%	46%	5%	3%	5%

2-2「事業所の理念や方針に関する説明について」

満足	どちらかといえば満足	どちらかといえば不満	不満	無回答
18人	12人	2人	1人	4人
49%	32%	5%	3%	11%

2-3「サービスの内容に関する説明について」

満足	どちらかといえば満足	どちらかといえば不満	不満	無回答
18人	13人	1人	1人	4人
49%	35%	3%	3%	11%

2-4「費用や計画に関する説明について」

満足	どちらかといえば満足	どちらかといえば不満	不満	無回答
18人	13人	1人	0人	5人
49%	35%	3%	0%	14%

2-5 「ご家族から利用者ご本人に利用の理由を説明する上での支援について」

満足	どちらかといえば満足	どちらかといえば不満	不満	無回答
15人	15人	2人	0人	5人
41%	41%	5%	0%	14%

【問3】支援の計画について

3-1 「個別支援に関する説明について」

満足	どちらかといえば満足	どちらかといえば不満	不満	無回答
19人	11人	3人	1人	3人
51%	30%	8%	3%	8%

3-2 「個別支援計画を検討・作成する際の利用者ご本人やご家族からの意向・要望などの聞き取りについて」

満足	どちらかといえば満足	どちらかといえば不満	不満	無回答
18人	14人	1人	1人	3人
49%	38%	3%	3%	8%

3-3 「地域生活への移行や親元を離れて自立して生活するための学習や体験の機会について」

満足	どちらかといえば満足	どちらかといえば不満	不満	無回答
16人	12人	4人	1人	4人
43%	32%	11%	3%	11%

【問4】日常のサービス内容について

4-1 「障害に応じた日中活動プログラムの実施について」

満足	どちらかといえば満足	どちらかといえば不満	不満	無回答
18人	13人	3人	0人	3人
49%	35%	8%	0%	8%

4-2 「利用者ご本人の体調についての日常的な配慮について」

満足	どちらかといえば満足	どちらかといえば不満	不満	無回答
19人	12人	2人	1人	3人
51%	32%	5%	3%	8%

4-3 「利用者ご本人の病気やケガなどの時の対応について」

満足	どちらかといえば満足	どちらかといえば不満	不満	無回答
20人	13人	1人	0人	3人
54%	35%	3%	0%	8%

4-4 「利用者ご本人の意志を十分にくみとっているかどうかについて」

満足	どちらかといえば満足	どちらかといえば不満	不満	無回答
16人	16人	1人	1人	3人
43%	43%	3%	3%	8%

【問5】事業所の安全対策について

5-1 「事故防止のための取り組みについて」

満足	どちらかといえば満足	どちらかといえば不満	不満	無回答
15人	17人	1人	0人	4人
41%	46%	3%	0%	11%

5-2 「衛生管理や感染症対策について」

満足	どちらかといえば満足	どちらかといえば不満	不満	無回答
16人	16人	2人	0人	3人
43%	43%	5%	0%	8%

【問6】事業所とご家族との連携・交流について

6-1 「事業所の理念や方針に関する情報提供について」

満足	どちらかといえば満足	どちらかといえば不満	不満	無回答
16人	14人	3人	0人	4人
43%	38%	8%	0%	11%

6-2 「事業所の様子や行事に関する情報提供について」

満足	どちらかといえば満足	どちらかといえば不満	不満	無回答
20人	11人	2人	0人	4人
54%	30%	5%	0%	11%

6-3 「利用者ご本人の様子に関する説明や情報提供について」

満足	どちらかといえば満足	どちらかといえば不満	不満	無回答
15人	14人	4人	0人	4人
41%	38%	11%	0%	11%

6-4 「事業所の行事の開催日や時間帯への配慮について」

満足	どちらかといえば満足	どちらかといえば不満	不満	無回答
18人	11人	3人	0人	5人
49%	30%	8%	0%	14%

【問7】 職員の対応について

7-1 「一人ひとりの利用者ご本人の尊重について」

満足	どちらかといえば満足	どちらかといえば不満	不満	無回答
19人	15人	0人	0人	3人
51%	41%	0%	0%	8%

7-2 「不満や要望を聞く体制について（気軽に言うことができるか等）」

満足	どちらかといえば満足	どちらかといえば不満	不満	無回答
18人	12人	5人	1人	1人
49%	32%	14%	3%	3%

7-3 「不満や要望への対応について」

満足	どちらかといえば満足	どちらかといえば不満	不満	無回答
20人	12人	3人	1人	1人
54%	32%	8%	3%	3%

7-4 「職員のサービス提供方法の統一性について（どの職員も同じレベルのサービスを提供してくれるか等）」

満足	どちらかといえば満足	どちらかといえば不満	不満	無回答
15人	13人	7人	0人	2人
41%	35%	19%	0%	5%

7-5 「総合的にみて、職員の対応についての満足度」

満足	どちらかといえば満足	どちらかといえば不満	不満	無回答
17人	15人	4人	0人	1人
46%	41%	11%	0%	3%

【問8】 事業所を総合的に評価すると、どの程度満足していますか

満足	どちらかといえば満足	どちらかといえば不満	不満	無回答
23人	10人	2人	0人	2人
62%	27%	5%	0%	5%

事業者コメント

施設名 社会福祉法人明星会 竹の子ケアセンター
施設長名 晝場 浩司

《第三者評価を受審した感想・自己評価での取組の感想》

- 理解しているようで、知らないことばかりだった。改めて理解を深めることができた。
- 振り返りのいい機会になった。第三者評価により客観的に“見られる”ことで知ることができた。
- 質問に対して、現在やっていることに自信を持って答えることができた。
- 地域との関わり等、新型コロナウイルスを理由に中々再開できていなかったことに対し、背中を押された気持ちになった。
- 受審に向け、色々な資料を準備する中で、古いものの整理や、新しくマニュアル作成が必要と気付く機会になった。
- 日々の支援がしっかりと出来ていると感じた。
- 利用者支援について聞かれた時に具体的な説明ができたので自信になった。
- 自分の役割についても再確認する機会になり、より質の良い支援をして行きたいと感じた。

《評価後取組んだこととして》

1. 中・長期的なビジョンと計画

毎月実施している「経営検討会」の中で、令和8年度から各事業所の「運営指針」について、ヒト・カネ・モノの具体的で指標のある計画を現在策定しています。

2. 管理者の責任

法人組織では、施設長の兼務が続き、事業所の運営がサービス管理責任者頼りになっていましたが、令和8年度の配置では隣接している2か所の事業所を兼務することで、移動時間が少なく、安定した事業所運営への関わりができるように見直しています。

3. 福祉サービスの質の確保

送迎時に運転マナー不足や時間内運行の難しさがあり、利用者様の不安につながりかねない状況が生じたことから、現行の配車数やルート、同乗利用者の相性等を考慮し「安全・安心・安定」した送迎体制づくりに取組みました。