

## 愛知県福祉サービス第三者評価事業 評価結果

### ①第三者評価機関名

|                                      |
|--------------------------------------|
| 一般社団法人愛知県社会福祉士会<br>福祉・介護サービス情報調査センター |
|--------------------------------------|

### ②施設・事業所情報

|   |                  |               |
|---|------------------|---------------|
| 名称：ぬくもりワークス   | 種別：生活介護          |               |
| 代表者氏名：長谷部 一夫  | 定員（利用人数）：60（57）名 |               |
| 所在地：安城市赤松町恋塚87番地1   |                  |               |
| TEL：0566-77-1555  |                  |               |
| ホームページ： <a href="https://nukumorinet.jp/facility/nukumoriworks/">https://nukumorinet.jp/facility/nukumoriworks/</a> |                  |               |
| <b>【施設・事業所の概要】</b>  |                  |               |
| 開設年月日 平成5年4月1日  |                  |               |
| 経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 ぬくもり福祉会  |                  |               |
| 職員数   | 常勤職員：8名          | 非常勤職員：23名     |
| 専門職員  | 管理者 1名           | サービス管理責任者 1名  |
|   | 生活支援員 21名        | 医師 1名         |
|   | 看護師 3名           | 事務員他 4名       |
| 施設・設備の概要  | 作業室 3室           | 相談室 1室        |
|   | 多目的室 1室          | 医務室 1室        |
|   | トイレ 5室           | 更衣室 4室        |
|   | 食堂 1室            | その他 シャワー室洗濯場等 |

### ③理念・基本方針

理念：「ぬくもり」のあるサービスを提供します

基本方針：利用者の意向を尊重して、福祉サービスを総合的に提供できるよう支援します。

- ・利用者個人の尊厳を保持し、心身のすこやかな育成と個人に有する能力を活用し、地域で安心して暮らすことができる環境づくりをサポートします。

### ④施設・事業所の特徴的な取組

- ・利用者が主体的にプログラムに取組めるよう活動の選択が自分でできる。
- ・生活介護事業ながら多種多彩な作業内容を用意し、利用者が楽しく生産活動が行えるようにしている。
- ・年間を通して数多くの地域交流や季節に合わせた行事を行っている。

⑤第三者評価の受審状況

|                   |   |
|-------------------|---|
| 評価実施期間            | 令和 7年 5月 20日（契約日）～<br>令和 8年 2月 19日（評価決定日）<br><br>【令和 7年 12月 10日(訪問調査日)】 |
| 受審回数<br>（前回の受審時期） | 6回 （令和 4年度）   |

⑥総評

◇特に評価の高い点

- ・ 地元の自治会や学校、保育園などのお祭りや環境保全活動などを通して、地域との交流を深め利用者と住民とのかかわりを大切にしている。
- ・ 実習生や学生ボランティア、民生委員等の受入れを行い、将来の福祉従事者の育成や福祉サービスへの理解に努めている。
- ・ 利用者が自分で選ぶことを大切にし、作業内容、余暇活動等が充実している。
- ・ アセスメント、個別支援計画策定、サービス実施、モニタリングが組織的に実施されている。
- ・ ブログ等の活用により事業所の様子が分かりやすく公開されている。

◇改善を求められる点

- ・ 中長期計画は策定されているが、資金繰りなど財政面の視点からも目標管理ができるよう中長期収支計画を作られることが望まれる。
- ・ 災害発生時における利用者や家族、職員の安否確認の方法の確立と周知を期待する。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回の評価結果から多くの気づきがありました。ありがとうございました。ご指摘いただいた課題に向けて職員一同で話し合い、改善できるように努めて参ります。そして利用者、保護者の満足度アップに繋げていき、生き生きとして生活が過ごせるようにしていきます。また、地域の方々へ理解を深めていただくためにも今以上に関わりを持っていきます。

⑧第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

## 第三者評価結果

※すべての評価細目（64項目）について、判断基準（a・b・cの三段階）に基づいた評価結果を表示する。

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する

### 【共通評価基準】

#### 評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

##### I-1 理念・基本方針

|  |    | 第三者評価結果   |
|--|----|-----------|
| I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。  |    |           |
| I-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。  | 障1 | a ・ ⑥ ・ c |
| ＜コメント＞<br>ホームページや施設の概要に法人理念や基本方針が記載されている。朝礼で理念と事業計画を職員全体で唱和している。利用者やその家族等へは、保護者会で家族等向けに周知はしているが、利用者に対する事業計画の理解は、分かりやすくした文書を作成するなどの工夫が望まれる。 |    |           |

##### I-2 経営状況の把握

|  |    | 第三者評価結果   |
|--|----|-----------|
| I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。  |    |           |
| I-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。  | 障2 | a ・ ⑥ ・ c |
| ＜コメント＞<br>市自立支援協議会の共生のまち部会に所属し、地域の福祉計画の内容や動向の情報を得ている。法人の経営状態は、利用者の利用率や推移も事務局でデータを集め、担当者が説明を行っている。併設の日中一時支援事業から、地域における潜在的なニーズの把握をすることが課題である。      |    |           |
| I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。  | 障3 | a ・ ⑥ ・ c |
| ＜コメント＞<br>明らかな経営課題は、法人の理事会及び評議員会で共有され、後に施設長主任会議で周知される。会議内容は職員にも周知され、事業所課題が職員から管理者へボトムアップされることもある。今後は、職員一人ひとりが課題解決に向けた取り組みができるよう組織的な体制を作ることが望まれる。 |    |           |

##### I-3 事業計画の策定

|   |    | 第三者評価結果   |
|---|----|-----------|
| I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。   |    |           |
| I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。   | 障4 | a ・ ⑥ ・ c |
| ＜コメント＞<br>法人作成の中・長期計画は、サービスの質、人材確保や地域における公益的な取組など14項目に渡って策定されている。計画の見直しは事務局で法人案を示し、施設長会議と理事会を経て修正される。計画の達成度を計る数値目標や中・長期収支計画も全項目で明確にすることを期待する。         |    |           |
| I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。  | 障5 | a ・ ⑥ ・ c |
| ＜コメント＞<br>法人の中・長期計画を踏まえた事業所の単年度事業計画が策定されている。計画内容は、当該年度の重点目標を中心に、人材育成や地域連携など現場職員から提案のあった内容が反映されたものとなっている。更に事業計画がより評価しやすいように、数値目標や具体的な成果内容を記載することが望まれる。 |    |           |

|   |    |           |
|---|----|-----------|
| I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。  |    |           |
| I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。   | 障6 | a ・ ⑥ ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画は、年度末に常勤職員が参加して策定会議を行っている。事業計画の項目ごとに、職員が取組内容の記入と評価(○△×)を付け、次年度の事業計画へ反映されている。計画変更は、必要な時期に理事会で検討、見直されるが、実施状況の評価、見直しの手順が文書としてまとめられることを期待する。</p> |    |           |
| I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。   | 障7 | a ・ ⑥ ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の家族へ保護者会で事業計画の内容を説明している。出席した保護者に計画書を配布し、分かりやすいような説明を心掛けている。より事業計画の理解を促すため、配布物を工夫することや、利用者が計画を理解できるようなツールの作成など検討されることを望む。</p>                  |    |           |

#### I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

|  |    |           |
|--|----|-----------|
|  |    | 第三者評価結果   |
| I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。   |    |           |
| I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。  | 障8 | a ・ ⑥ ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>第三者評価を3年ごとに、全事業所が受審している。他の年度は第三者評価項目を用いて自己評価を行い、着眼点ごとに読み合わせる。法人内に苦情解決委員会があり、利用者、保護者からの苦情や意見をまとめている。第三者評価実施後の結果分析や改善を組織的に行う仕組みを強化されたい。</p> |    |           |
| I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。   | 障9 | a ・ ⑥ ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>日々の課題は、職員終礼等で共有され事業日誌に記録している。事業所課題の一つとして利用者の高齢化があり、社会福祉充実計画によりエレベータの設置を行った。評価により明らかになった課題は、PDCAサイクルに基づく組織的な改善実施計画などを策定されることが望まれる。</p>     |    |           |

### 評価対象Ⅱ 組織の運営管理

#### Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

|  |     |           |
|--|-----|-----------|
|  |     | 第三者評価結果   |
| Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。   |     |           |
| Ⅱ-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。   | 障10 | a ・ ⑥ ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の定款細則や職務基準表に管理者の役割と責任が明確化されている。有事に管理者不在時の権限移譲は、主任級職員の職務及び職務分掌に記載されている。しかし、職員が内容を十分に理解できているかが課題である。周知方法やより理解を促す取組が望まれる。</p>                      |     |           |
| Ⅱ-1-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。   | 障11 | ① ・ b ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>市自立支援協議会に参画し、共生のまち部会に所属し情報収集している。管理者は虐待防止・身体拘束適正化委員会で、チェックリストの集計結果を活用し、法令遵守のための話し合っている。他に権利擁護やリスクマネジメント委員会があり、法令遵守事項を職員室へ掲示し、朝礼や終礼に職員へ周知している。</p> |     |           |

|   |     |   |   |   |
|---|-----|---|---|---|
| II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。   |     |   |   |   |
| II-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。   | 障12 | a | ⑥ | c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は資質向上のため市自立支援協議会等外部の会議へ職員を参加させている。また、利用者の対応検証を、利用者満足度調査を年1回行って、調査結果を、職員会議で周知、分析を行っている。調査結果は次期事業計画策定に繋がられるが、サービスの質の確保に向けた取組経過が文書で整理されることが望まれる。</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。   | 障13 | a | ⑥ | c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は事業運営に関する課題抽出のため、人事考課の時期に合わせ常勤職員は年2回、非常勤職員は年1回程度職員面談を行っている。管理者及び主任で法業務改善会議を行い、現状課題について検討している。表面化した課題解決に向けて、管理者は実効性を高める組織的な取組が課題である。</p>           |     |   |   |   |

## II-2 福祉人材の確保・育成

|   |     |   |   |   |
|---|-----|---|---|---|
| 第三者評価結果   |     |   |   |   |
| II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。  |     |   |   |   |
| II-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。   | 障14 | a | ⑥ | c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>人材確保、人材育成への取組は、法人の中長期計画及び事業計画の中で示されている。採用は、ホームページやウェブ上の求人サイトを利用し積極的に取り組んでいる。定期的に施設長主任会議で人材確保の課題を検討し、外国人の採用も検討している。人材確保、育成の値的な目標を評価、分析されることが望まれる。</p>   |     |   |   |   |
| II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。   | 障15 | ③ | b | c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の人事制度が、事務局から職員全体会議の場で周知されている。期待する人物像を示し、職員室に掲示されている。自己評価を年2回行い、主任会議、施設長会議にて評価者によるばらつきがないよう総合評価を行っている。年に1度自己申告書を用いて、職務に対する意見や異動の希望など職員自身が申告できる仕組みがある。</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。  | 障16 | a | ⑥ | c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>自己申告書による調査は年に1回行われ、その内容に基づき管理者が職員面談をしている。職員の意見や働き方、異動の要否などを確認している。有給休暇の取得率や残業時間は事務局でまとめて管理されており、その状況を管理者に報告されている。休憩は2班に分けることにより、仕事との切替えが行えるよう配慮している。更には、定期面談以外の相談窓口を設置されるなど職員が相談しやすい工夫が望まれる。</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 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。  | 障17 | a | ⑥ | c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人として期待する人物像を明確にしており、年2回行う人事考課制度により職員自身が自己評価を行い、主任、管理者が職員面談を行っている。自己評価で表面化した課題を面談の中で確認し、次への目標としている。今後は、職員一人ひとりの目標管理票を作成するなど、目標の進捗状況や達成度が確認できる仕組みを作られることが望まれる。</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。  | 障18 | a ・ ㉑ ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>年度の初めに受講対象者や研修内容を盛り込んだ職員研修計画案を作成している。年間計画の中にも当該年度に行う研修の方向性が示されており、職員に周知されている。期待する人物像を掲げ、関係団体などから研修案内があると回覧し、職員の希望や経験年数などから研修に参加する仕組みがある。今後は、より具体的な研修計画を作成され、その評価、計画の改善へとつなげられることが期待される。</p>  |     |           |
| II-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。  | 障19 | a ・ ㉑ ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>新人研修は本部主導で行われ、キャリアデザインが描けるような内容や保護者から話を聞く機会、関係法令の習得などのプログラムがある。オンラインによる障害者施設向けの講座を活用し、いつでも多種多様な講座を受けられる。研修後は報告書を提出し、職員間で回覧及び研修内容の周知を行っている。今後は研修の成果を評価、分析ができる仕組みを作り、次の研修計画へつなげられることを期待する。</p> |     |           |

|   |     |           |
|---|-----|-----------|
| II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。  |     |           |
| II-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。  | 障20 | ㉒ ・ b ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>実習生等の受入れに関して、法人の基本姿勢や事業所の事業計画にも明文化されており、受入れマニュアルについても実習の職種ごとに整備されている。実習プログラムとして、作業を行っている安城市資源化センターにて、利用者と一緒にペットボトルの分別体験などを取り入れている。実習の前後に学校との連絡、調整を行っており、職員は大学が開催する実習指導者向けの研修会へ参加する機会がある。</p> |     |           |

### II-3 運営の透明性の確保

|   |     | 第三者評価結果   |
|---|-----|-----------|
| II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。   |     |           |
| II-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。   | 障21 | ㉒ ・ b ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉医療機構のWAMNETに法人の理念、事業所の基本方針及び決算報告などが掲載されている。ホームページでは、ブログを使って利用者の活動の様子をリアルタイムで発信したり、苦情解決の報告なども提供するように努めている。第三者評価は3年に1度のペースで受審し結果を公表しており、地域向けに学校、取引企業やボランティアなどへ広報誌を配布し事業内容の情報公開をしている。</p> |     |           |
| II-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。   | 障22 | a ・ ㉑ ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>監事である税理士や外部の経営コンサルタントなどから指導を受け、指摘された事項は施設長会議で検討されている。その他、労務管理などには社会保険労務士が担い、苦情解決の第三者委員には弁護士が就任し相談できる体制が整っている。経理、事務決裁等に関するルールは明示されているが法改正も多いため、職員一人ひとりがその都度内容を理解する方を課題としている。</p>          |     |           |

### II-4 地域との交流、地域貢献

|  |     | 第三者評価結果   |
|--|-----|-----------|
| II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。  |     |           |
| II-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。  | 障23 | ㉒ ・ b ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域との交流は事業所の事業計画や年間計画で明示され、町内のお祭りや環境保全活動にも参加している。また、近隣の保育園と協働でさつま芋の栽培をしており、利用者と園児で収穫の体験が行われている。事業所の掲示板には自治会の案内も掲示されており、誰でも自由に見ることができる。授産活動の中で、取引先企業担当者と利用者との接点を増やし交流をしている。</p> |     |           |

|   |     |            |
|---|-----|------------|
| II-4-(1)-② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。   | 障24 | a ・ ⑥ ・ c  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ボランティアの受入れマニュアルが整備されており、フローチャートに沿って行動できるようになっている。民生委員や地元の高校生を受入れ、利用者と一緒に作業をしたりプログラムに参加するなど、福祉サービスへの理解と学校教育等への協力を行っている。今後は学校教育等への基本姿勢も明文化され周知されることが望まれる。</p>                            |     |            |
| 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。   | 障25 | a ・ ⑥ ・ c  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>市自立支援協議会に所属し、定期的に利用者の就労支援や福祉サービスの課題解決に向け連携を行っている。その後、会議の内容は議事録を職員へ回覧し共有している。また、事業所の掲示板には安城市の福祉サービスマップが掲示され利用者、保護者が見られる状態にある。更なる連携作りのため、主体的に関係機関、団体とのネットワークの構築を課題としている。</p>             |     |            |
| 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。  | 障26 | ①a ・ b ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>学区の福祉委員会や地元自治会の会合などへ参加し、地域が抱えている課題の情報収集を行っている。地元の保育園との交流、町内の行事に参加することによって、地域住民とのコミュニケーションを通じて潜在的なニーズの把握に努めている。また、民生委員をボランティアとして受入れることにより相互に情報交換ができる取組を行っている。</p>                       |     |            |
| II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。  | 障27 | ①a ・ b ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の事業計画で公益的な取組について明示されている。把握されたニーズに基づき、事業所が市と協定を結び災害時の特定福祉避難所として指定され、有事における地域の活動拠点として、配慮が必要な方のための備えをしている。学校教育に対しては、地元の中学校や高校で福祉現場の実践講和を行う活動や、「ひまわりプロジェクト」に参加することで高校生との交流にもつながっている。</p> |     |            |

### 評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

#### Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

|   |     | 第三者評価結果   |
|---|-----|-----------|
| Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。   |     |           |
| Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。  | 障28 | a ・ ⑥ ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者を尊重した福祉サービスの提供は、基本姿勢や理念と基本方針が明示されている。理解し実践する取り組みについて定期的に状況を把握し、評価等を行い、必要な対応ができるように意識向上が図られることを期待する。</p> |     |           |
| Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。   | 障29 | a ・ ⑥ ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者のプライバシー保護に配慮した規定、マニュアルが整備されている。必要性の高い利用者に対して個別支援計画に反映させている。職員全体や家族へも周知される取り組みを期待する。</p>                 |     |           |
| Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。   |     |           |
| Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。   | 障30 | a ・ ⑥ ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を、パンフレット、事業所紹介パネル、ホームページ、ブログ等で提供されている。そうした情報がより多くの人の手に届くよう期待する。</p>                 |     |           |

|   |     |           |
|---|-----|-----------|
| Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。  | 障31 | a ・ ㉞ ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉サービスの開始・変更にあたり利用者や家族にわかりやすく説明し同意を得てすべて書面に残されている。意思決定支援が必要な利用者へ説明の仕方、運用について権利擁護支援の活用を視野に取り組みたい。</p>   |     |           |
| Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。   | 障32 | a ・ ㉞ ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉サービスの内容や事業所の変更、地域・家族への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮している。不利益がないように面接とアセスメントが行われ、移行後も相談員から情報を得ている。手順や手続きを統一し、職員が異動しても福祉サービスの継続性が図られるよう期待する。</p>                                   |     |           |
| 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。   | 障33 | a ・ ㉞ ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を把握している。年に1回満足度調査を実施、面談時にも現状報告と合わせて要望と満足度を確認している。調査結果は公表されているが、検討会議など実施し、組織として満足度の上昇に向けた取組を期待する。</p>   |     |           |
| Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。  |     |           |
| Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。  | 障34 | a ・ ㉞ ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取り組みが行われている。苦情解決のリーフレットの配布など申し出がしやすい工夫を期待する。</p>   |     |           |
| Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。  | 障35 | a ・ ㉞ ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者が相談したいときや意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境が組織として整備されている。日々の利用支援で傾聴に努め、玄関に意見箱が設置され、家族との連絡票でも対応ができる。送迎時にも相談や意見を確認している。相談内容によって複数の相談方法や相談相手が用意されていることを利用者・家族にわかりやすく伝えられるよう期待する。</p> |     |           |
| Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。   | 障36 | a ・ ㉞ ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者からの意見や要望を把握している。日々の利用支援場面で傾聴に努め、玄関に意見箱が設置され、家族との連絡票で把握している。対応方法のマニュアルを適宜見直し速やかに対応できるよう期待する。</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。   | 障37 | a ・ ㉞ ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>リスクマネジメント体制が構築されている。マニュアルが整備され、ヒヤリハット事例や事故報告書の書式も統一様式がある。実際に事故が発生した際に報告書により周知されている。その後の再発防止に向けての要因分析、改善策の検討会を実施することを期待する。</p>  |     |           |
| Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。  | 障38 | a ・ ㉞ ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として整備している。保健マニュアルがあり、適宜見直しがされている。掲示、回覧にとどまらず、定期的な検討会議の場を設定できることを期待する。</p>  |     |           |

|   |     |           |
|---|-----|-----------|
| Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。  | 障39 | a ・ ㉞ ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>災害時の利用者の安全確保のための取組が行われている。年3回の避難訓練、非常用の備蓄と防災倉庫が設置されている。関係機関との連携と利用者、家族、職員の安否確認の方法を決定し、確認できるよう期待する。</p> |     |           |

### Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

|   |     | 第三者評価結果   |
|---|-----|-----------|
| Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。   |     |           |
| Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。   | 障40 | a ・ ㉞ ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所における福祉サービスの標準的な実施方法がマニュアル集として文章化されている。職員がいつでも閲覧できている。マニュアルに基づいた、標準的な実施方法、サービスの水準や内容について新人職員にも伝わるよう整備されたい。</p>                                 |     |           |
| Ⅲ-2-(1)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。   | 障41 | a ・ ㉞ ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>標準的な実施方法は半年に1回、利用者の誕生日月に個別面談により、現状を検証し、必要な見直しについて個別支援会議をとおして検討会議の記録を残し組織的に実施できている。職員の共通意識のもとPDCAサイクルを継続的に実施できることを期待する。</p>                       |     |           |
| Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。   |     |           |
| Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別支援計画を適切に策定している。  | 障42 | a ・ ㉞ ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者一人ひとりにアセスメントから個別支援計画に至るファイルがあり、個別支援計画の策定に関する体制が確立し、アセスメントに基づく適切な個別支援計画が策定されている。多職種職員が関与しながらアセスメント手法を確認し適宜見直しすることでよりよい個別支援計画の策定を期待する。</p>      |     |           |
| Ⅲ-2-(2)-② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。  | 障43 | ㉠ ・ b ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画の実施状況の評価と計画の見直しについて、誕生日を基準に半年に一度個別面談を実施している。変更した個別支援計画の内容を、関係職員に周知する手順等が組織として定めて実施されている。</p>   |     |           |
| Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。  |     |           |
| Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。   | 障44 | a ・ ㉞ ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者一人ひとりの個別支援計画の実施状況が『事業日誌』、『引継ぎノート』、『ぬくもりワークス連絡票』に適切に記録されている。常勤職員はグループウェアにより、非常勤職員は文書により共有化されている。記録する職員で記録内容、書き方に差異が生じないように研修会、学習会の実施を期待する。</p> |     |           |
| Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。  | 障45 | a ・ ㉞ ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個人情報保護規定等の利用者の記録の管理は、『重要事項説明書』、『情報提供同意書』等規定が定められ、重要な個人情報に関わる文書は書庫に収納する等管理が行われている。記録管理責任者を設置するとともに職員への教育や研修の充実を期待する。</p>                          |     |           |

## 【内容評価基準】

### A-1 利用者の尊重と権利擁護

|  |                             | 第三者評価結果 |           |
|--|-----------------------------|---------|-----------|
| A-1-(1) 自己決定の尊重  |                             |         |           |
| A-1-(1)-①  | 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。 | 障46     | a ・ ⑥ ・ c |
| <コメント><br>利用者の自己決定を尊重し、朝礼、昼礼時に利用者が行いたい作業を写真等用いて自己選択、決定できるよう個別支援を行っている。利用者の特性に応じた合理的配慮が提供できるよう、自治会の開催や、職員が権利に対する理解と共有が深まる取組を期待する。 |                             |         |           |

### A-1-(2) 権利擁護

|  |                         |     |           |
|--|-------------------------|-----|-----------|
| A-1-(2)-①  | 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。 | 障47 | a ・ ⑥ ・ c |
| <コメント><br>利用者の権利擁護に関する、規定、マニュアルが整備されている。職員に対して、権利侵害防止のセルフチェックシートの記入と結果の周知がされている。身体拘束や虐待発生時の情報共有と合わせて検討する機会と全職員に周知体制を構築できるよう期待する。 |                         |     |           |

### A-2 生活支援

|  |  | 第三者評価結果 |           |
|--|--|---------|-----------|
| A-2-(1) 支援の基本  |  |         |           |
| A-2-(1)-①  | 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。                 | 障48     | a ・ ⑥ ・ c |
| <コメント><br>利用者の自律・自立生活のための支援を個別支援計画に基づき実施している。本人が自力で行えるよう見守りの姿勢を基本としている。社会的常識や一般的ルールやマナーや自律、自立の動機付けについて利用者の状況に応じて支援者間で統一して対応できるよう期待する。                  |  |         |           |
| 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。 | 障49     | a ・ ⑥ ・ c |
| <コメント><br>利用者の意思疎通やコミュニケーション等をはかるため、個々人の想いや話を傾聴し、視覚的なツールやジェスチャー、表情から読み取る配慮と家族からの情報収集をしコミュニケーションの手段の確保や必要な支援を行っている。さらに利用者の希望や意思をの適切な理解のための取組ができるよう期待する。 |  |         |           |

|  |                                   |     |           |
|--|-----------------------------------|-----|-----------|
| 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。    | 障50 | a ・ ⑥ ・ c |
| <コメント><br>利用者の意思を尊重する支援として、個別面談には関係職員が参画し、家族等からの要望に対してその都度対応し自己決定や自己選択をはかるための支援が行われている。常勤職員に限られることがあるので非常勤職員へも波及していくことを期待する。 |                                   |     |           |
| A-2-(1)-④  | 個別支援計画にもとづく日中活動と地域の日中利用支援等を行っている。 | 障51 | a ・ ⑥ ・ c |
| <コメント><br>利用者のニーズに応じた支援を実現するため、写真や実際の活動内容を見せることで選択決定ができるよう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。利用者の意向の確認から余暇支援への活動の幅が広がることを期待する。      |                                   |     |           |
| 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。         | 障52 | a ・ ⑥ ・ c |
| <コメント><br>利用者の障害の状況に応じた支援を行っている。利用者の特性に応じた作業場の効果的な配置や仕切りを設置することで一人席をつくり個別対応ができている。利用者の特性に対する職員間での情報共有と見直しによる環境整備の充実を期待する。    |                                   |     |           |

|  |     |           |
|--|-----|-----------|
| 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。   | 障53 | a ・ ㉞ ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>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。食事は外部事業者への委託・発注により提供しているが、利用者・家族の意向を聴き取り実際に変更している。利用者への食事配膳係のマニュアルにもとづき支援が提供されている。心身の状況について支援者間で共有し、定例会等を実施し、誰でも同じ支援ができるよう支援の向上を期待する。</p> |     |           |
| A-2-(3) 生活環境   |     |           |
| A-2-(3)-① 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。  | 障54 | a ・ ㉞ ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の尊厳と居住空間の快適性や安心・安全を確保するための取組が行われている。毎日の清掃に加えて、専門業者にも依頼することで清潔を保っている。個別対応が必要な利用者への生活環境を整えている。生活環境について利用者からの意向確認と職員間での検討により改善できることを期待する。</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。  | 障55 | a ・ ㉞ ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の意向確認を朝礼、終礼で共有するとともに、個別支援計画にもとづき、サークル活動、買い物、身だしなみ等の取組がある。利用者が主体的に楽しんで機能訓練・生活訓練ができるよう配慮されている。利用者の慢性的な運動不足や高齢化対策を期待する。</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。   | 障56 | a ・ ㉞ ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎月嘱託医による内科検診と看護師による体重・血圧検査をすることで利用者の健康状態の把握をしている。体調変化時の対応についてマニュアルが整備されているが、手順について職員も把握できるよう取り組まれることを期待する。</p>  |     |           |
| A-2-(5)-② 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。  | 障57 | a ・ ㉞ ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>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。保健マニュアル、アセスメントに基づく服薬などの管理として家庭より、『服薬・坐薬依頼書』を提出してもらい、適切かつ確実に行われている。安全確保、医療的な支援に関する職員研修を実施できるよう保健委員会体制の充実を期待する。</p>                    |     |           |
| A-2-(6) 社会参加、学習支援  |     |           |
| A-2-(6)-① 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。   | 障58 | a ・ ㉞ ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>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。社会参加は集団支援から少人数や個別支援ができるよう努めている。生活習慣セミナー、防犯の対処方法、地域の美化活動、サークル作品の展示、園児などとの交流に参加している。利用者、家族の希望や意向を確認しながら一層の社会参加を期待する。</p>            |     |           |
| A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援   |     |           |
| A-2-(7)-① 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。   | 障59 | a ・ ㉞ ・ c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別面談をとおして、利用者の生活や住まいへの希望と意向を尊重し実現するため、必要があれば相談員より情報提供し、グループホームの見学会に付添う等、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。日々の日課の中にも生活に必要なスキルアップができる支援を期待する。</p>                             |     |           |

|   |     |           |
|---|-----|-----------|
| A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援   |     |           |
| A-2-(8)-① 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。  | 障60 | a ・ ㉞ ・ c |
| <コメント><br>利用者の生活の質を高めるため、利用者の家族等との連携・交流と家族支援が行われている。連絡票、電話や送迎時の会話から家庭の様子と日中支援の様子を伝えあい、内容を終礼時に報告することで、家族と利用者の状況を共有し連携がとれている。相談については必要があれば職員全体で情報共有し助言ができる体制があるが、家族へのフィードバックの手続きが明確になるよう期待する。 |     |           |
| A-3 発達支援  |     |           |
|   |     | 第三者評価結果   |
| A-3-(1) 発達支援  |     |           |
| A-3-(1)-① 子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。  | 障61 | a ・ b ・ c |
| <コメント><br>非該当   |     |           |
| A-4 就労支援  |     |           |
|   |     | 第三者評価結果   |
| A-4-(1) 就労支援  |     |           |
| A-4-(1)-① 利用者の働く力や可能性を尊重した就労支援を行っている。   | 障62 | a ・ ㉞ ・ c |
| <コメント><br>利用者一人ひとりの働く力や可能性を尊重するため、アセスメントにもとづき利用者の希望や障害に応じた就労支援を行っている。言葉遣いやルール、身だしなみ等社会生活に必要な事柄を伝える際職員によって温度差がある。働く意欲を向上させるための学習の機会などを実施していくことを期待する。   |     |           |
| A-4-(1)-② 利用者に応じて適切な仕事内容等となるように取組と配慮を行っている。   | 障63 | a ・ ㉞ ・ c |
| <コメント><br>利用者に応じて適切な仕事内容となるように取組と配慮を行っている。作業は受託している仕事をすべて提示し、朝礼時、昼礼時に利用者と確認しながら取り組む。新しい作業は習得できるまで一緒に行っている。就労支援マニュアルに工賃規定を策定し、障害特性にあわせた作業工程の確立を期待する。   |     |           |
| A-4-(1)-③ 職場開拓と就職活動の支援、定着支援等の取組や工夫を行っている。   | 障64 | a ・ ㉞ ・ c |
| <コメント><br>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。個別面談をもとに就労系事業所の見学は実施している。就職後の利用者が日中一時支援として施設の利用をしており、仕事の様子を聞くに留まる。また、企業から新規作業の依頼はあるが就職先としての職場開拓はできていない。個別面談での意向の確認とハローワークとの連携強化を進めることを期待する。        |     |           |