

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
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：まるくてワークス | 種別：生活介護 | |
| 代表者氏名：長谷部一夫 | 定員（利用人数）： 60（56）名 | |
| 所在地：安城市池浦町丸田160番地2 | | |
| TEL： 0566-77-1000 | | |
| ホームページ：https://nukumorinet.jp | | |
| 【施設・事業所の概要】 | | |
| 開設年月日 平成17年8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： 7名 | 非常勤職員： 18名 |
| 専門職員 | （専門職の名称） 7名 | 医師 1名 |
| | 社会福祉士 2名 | 看護師 2名 |
| | 介護福祉士/初任者研修 5名 | 介護福祉士/初任者研修 14名 |
| | | 事務員 1名 |
| 施設・設備の概要 | （居室数） | （設備等） |
| | 食堂1/作業室2/機能訓練室1 /医務室1/余暇室1/トイレ7/ 更衣室2/相談室1 | 消火器 火災報知器 屋 外火災報知器 夜間警備委託 |

③理念・基本方針

【法人理念】

「ぬくもり」のあるサービスを目指します

【基本方針】

1. 法人理念である「ぬくもりのあるサービス」を念頭におき、まるくてワークスの特徴である生産活動を主体とした活動をとおして協調性をはぐくみ、基本的な生活習慣の確立と社会参加を支援します。また、利用者さん一人ひとりの「個性」を尊重し、意思決定支援に基づいたサービスを心がけます。

2. 職員一人ひとりがやりがいをもって働き、成長し続けられるように職場環境の整備に努め、風通しの良い職場づくりと権利擁護を遵守した支援に努めます。

④施設・事業所の特徴的な取組

法人の歴史は昭和60年に「安城市手をつなぐ親の会」が知的障害者通所厚生施設建設の請願書を議会に提出したことから始まる。昭和63年には社会福祉法人としての認可を受け、平成7年に現「ぬくもり福祉会」の名称に変更され、請願書提出から40年目を迎え現在に至る。障害福祉サービスの長い歴史の先駆けとして地域に発信し続けている。利用者一人ひとりの意思を尊重しながら、地域社会で自立した生活ができるという「あたりまえの暮らし」の提供が組織風土として継承されている。定員60名という大きな規模の施設であるが、創意と工夫でゆったりとした空気が感じられる事業所である。

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）～ 令和 8年 3月 13日（評価決定日） 【令和 7年 9月 19日(訪問調査日)】 |
| 受審回数 （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
組織体制の骨組みがきちんとできて透明性の高い法人である。理念や基本方針がサービスの提供現場に浸透してサービス提供が行われている。利用者
特性や心身の状況に応じて、個別に適切な支援が行われて利用者の安心感につながっている。また、家族の立場や気持ちに配慮した情報の提供・共有が適切に実施されている。

◇改善を求められる点
施設の老朽化及び利用者の高齢化や重度化が同時進行であるため、今後事故防止対策や災害時の対策等ハード面の取り組みが必要とされる。
法人設立時の思いを継承し続けるためには次の世代の育成が不可欠である。人材育成には世代間での継承が必要であるが、次の世代の思いを形にできる工夫を生み出す必要もあると思われる。生産活動における自組織の商品開発等模索していく必要がある。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

この度は丁寧な評価と貴重な意見をいただいたことに深く感謝申し上げます。
法人理念や基本方針に基づく施設運営、利用者支援の細部に渡り高く評価を受けたことは利用者様、ご家族様への満足度にも繋がっていると感じ、嬉しく思います。また、このことに慢心せず、日々の活動の充実と利用者様のニーズに応えられるよう課題となっている人材育成への注力をし、さらなる高みの支援を目指すべく職員一丸となって精進して参りたいと思います。この度は、誠にありがとうございました。

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 ・ ① ・ c |
| ＜コメント＞ 理念や基本方針はホームページや法人機関誌、また、施設内掲示や年度ごとの配布資料で確認できる。職員の行動規範に関し振り返りが出来ているかは、非常勤職員に対しては、理念や基本方針の周知方法が今後の課題である。周知方法について検討を行い、実行されたい。 | | |

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 ・ ① ・ c |
| ＜コメント＞ 法人の事業経営を取り巻く環境や経営状況は定期的な会議での説明等で把握分析を行っている。長期的な地域の各福祉計画等動向を見据えた法人の事業経営に取り組む必要がある。 | | |
| 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 ・ ① ・ c |
| ＜コメント＞ 財務状況が変化が大きく、特に諸事業費の増加、マイナス報酬改定で収支バランスが課題の現状である。設備費用の目標をたて計画的に進めている。時間外労働の削減、有給取得向上業務改善を含め収支対策に取り組んでいる。施設の老朽化も進み事業計画に課題として載せているが具体的な取り組みについて確認できなかったため、改善を期待する。 | | |

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 ・ ① ・ c |
| ＜コメント＞ 長期（10年）中期（5～6年）の計画を立て順次見直している。経営課題の改善に向けて具体的には令和7年度より全法人で有志を募って、ICT、人材確保、車両に関するプロジェクトチームを作って運営のあり方を考えている。プロジェクトチームの積極的活動を期待する。 | | |
| 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 ・ ① ・ c |
| ＜コメント＞ 中・長期計画での人材確保に対する課題を踏まえて単年度の計画に対して具体性を持つことを課題として、事務局から収支の現状数値目標、収支バランスが示され、記録物の精査など年に1～2回進捗状況等報告会を行っている。計画を基にした実施内容の評価が望まれる。 | | |

| | | |
|---|----|-----------|
| 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><コメント></p> <p>法人職員に対して危機感を与えないような配慮や将来どんなことをしたいのかについて具体的にイメージでき、アイデアを形にやってみたいと思えるように、年に2回面談を行い職員の理解を促している。離職した人材が復職につながることも視野に入れた事業の展望を示すことが職員の理解に有効に作用する。継続を望む。</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><コメント></p> <p>職員全体で施設利用計画を策定し配布・掲示している。満足度を事業計画に反映させる方法についてわかりやすく利用者に周知されていない。利用者の意向を基にした周知方法について検討を重ねていただきたい。</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><コメント></p> <p>組織的な振り返りや職員の自己評価は毎年度行っているが改善されずに次年度につながっていないこともある。記録や支援で職員がそろそろ時間の確保が厳しい状況である。多様な勤務体制においては周知徹底が難しい。对人的支援が混乱しないように非常勤職員を含めた職員の方向性を同じにすることが課題である。今後についても取り組みを強化継続されたい。</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><コメント></p> <p>自己評価を行っている。改善までの仕組みを行動につなげる必要がある。結果について評価を基に職員で話し合う等、組織として具体的な改善策を整理していく必要がある。</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 | ① ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>管理者としての役割は職務分担表があり、職員に周知を図っている。「職員が働きやすい」「利用者が来る」といふことがあると思える」を常に発信している。保護者には保護者会等で伝えている。職員は朝礼などにおいて毎朝表明することで日々のコミュニケーションを大事にしている。</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><コメント></p> <p>研修に出て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。特に虐待や身体拘束研修等に力を入れて行っている。環境への配慮や改善等を行っている。けがなどの事案や虐待通報は必ず報告している。人材管理等の書類保管や差し替えの機会を活用し、請求業務等の業務改善も継続して行っている。</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 | ㉑ ・ b ・ c |
| <コメント> 管理者は日ごろの支援に対して、主任を軸に日々のサービス向上に努めている。管理者としてトップダウンよりボトムアップを大切に、指導するよりも職員が「どうしたいか」を大切にアドバイスをしている。 | | |
| 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。 | 障13 | ㉑ ・ b ・ c |
| <コメント> 管理者はボトムアップを大切にしている。それぞれの職務について尊重しつつも必要時には介入をして、アドバイスや職員が納得出来るようにフィードバックを行っている。本部事務局の支援も大きい。 | | |

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 ・ ㉑ ・ c |
| <コメント> 人数計画はあるが人材不足は解消されていない。職員は毎年10月に自己申告書により意向の確認を行っている。専門職加算に配慮した採用を行っている。新規利用者や重度の障害を持った利用者が多くなったが、福祉法人として受け入れている。人材確保や定着の具体的な計画を所長会で常に話し合っており、適材適所を考えつつ計画的配置を行っている。入職や退職の分析も傾向と対策を確認する必要がある。 | | |
| II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。 | 障15 | ㉑ ・ b ・ c |
| <コメント> 職員の就業状況や意向は9月末の人事考課で一次自己評価・主任による二次考課・管理者の三次考課や主任面談・施設長の面談を行い把握している。10月自己申告意向調査では仕事量・人間関係、離職か異動かについて確認していく。管理施設長以上で共有して進めている。 | | |
| 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り組んでいる。 | 障16 | ㉑ ・ b ・ c |
| <コメント> 本人の意向を大切に、離職者を減らすことに努めている。新たな職員を育てる方向を施設長間で共有している。入職サイトの活用や職員が母校に出向き、新規採用について依頼する。職場体験を積極的に受ける。外国人の採用も検討している。 | | |
| 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 | ㉑ ・ b ・ c |
| <コメント> 年2回人事考課の時に改善目標を主任より面接で常勤に示している。非常勤職員は12月に管理者が契約更新のための面接を行う。常勤職員は基本アクションレビューシートSABCDのランク付けがあり、自己評価をつけて記述欄に頑張ったことや未達成を明確にする。「自己申告書」に個人の進退に関する仕事に関する欄がある。常務理事が確認した後に11月中旬に管理者が全員面接する。昇格はシートでの評価を見ながら上級の推薦を受ける。 | | |
| II-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。 | 障18 | ㉑ ・ b ・ c |
| <コメント> 基本方針や研修受講に関しては、キャリアパスで示されている研修は勤務年数で受講し、その他の研修は受講希望の有無を見て業務として受講している。 | | |

| | | |
|--|-----|-----------|
| 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 | ① ・ b ・ c |
| <コメント> 必須な年間研修計画に従い受講する。その他の研修については受講希望の有無を見て状況に応じて参加させる。 | | |

| | | |
|---|-----|-----------|
| II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。 | | |
| II-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。 | 障20 | ① ・ b ・ c |
| <コメント> 実習生窓口対応は決まっており、受け入れを行っている。実習指導者は実習指導者講習会の受講をしているがブラッシュアップが参加出来ていない。法人内で不定期にであるが話し合いを行い、情報交換の場として育成実践の場として大事にしている。 | | |

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 | ① ・ b ・ c |
| <コメント> ホームページの運営などは法人全体で行っている。日々のブログ等は職員が行う。求人に関心するように活動している。 | | |
| 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。 | 障22 | a ・ ② ・ c |
| <コメント> 就業規則は新職員は新人育成のためのカリキュラムの中で説明している。事務局が示す資料等は職員に回覧している。理事会報告は会議で説明しているが現場職員には意識定着に課題があると思われるので、改善が必要である。 | | |

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 | ① ・ b ・ c |
| <コメント> 町内会のサロンに月2回利用者とともに参加している。地域のイベントの納涼祭りに模擬店を出す。福祉センターや公民館の祭りに利用者を出かけて販売する。施設の食堂やプレイルームを地域や保育園に貸し出す。子ども会の廃品回収の集積場として駐車場を提供するなど、機会があれば積極的な協力を行っている。 | | |
| II-4-(1)-② ボランティア等の受け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 | ① ・ b ・ c |
| <コメント> 事業計画に明文化され、受け入れマニュアルをもとに積極的に受け入れている。高校生のボランティア体験受け入れ時は利用者と一緒に作業や散歩に参加する等ボランティアの希望はすべて受け入れる。お祭りをするときには担当窓口でボランティア募集をお願いしている。時代とともに受け入れの内容や体験内容も配慮を行っている。 | | |

| | | |
|---|-----|-----------|
| Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。 | | |
| Ⅱ-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。 | 障25 | a ・ ㉑ ・ c |
| <p><コメント></p> <p>社会福祉協議会、安城市自立支援協議会、福祉協会、特別支援学校、相談支援事業所、障害福祉課などと連携し、防災関係の無線や防災倉庫第二次福祉避難所、町内での連携でなまず号を活用した防災訓練を計画している。農業地枝豆収穫の招待・安城農林高校とゴーヤを植えるなど交流もある。継続が課題であるので、事業計画に明確に示し、継続と連携に努められたい。</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 | a ・ ㉑ ・ c |
| <p><コメント></p> <p>地区社会福祉協議会の主催で年2回福祉事業所が参加する会議がある。福祉事業所の活動の状況や現状と課題等話し合っている。今年度は各事業所を見学に行く予定である。交流しながら地域の現状や福祉ニーズを把握している。今後においても継続的な交流等を通じてニーズ把握に努められたい。</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 | a ・ ㉑ ・ c |
| <p><コメント></p> <p>防災販売会等、年間計画に地域交流として明示されて実施されている。今後において継続実施に努められたい。</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 ・ ㉑ ・ c |
| <p><コメント></p> <p>倫理綱領や法人規程は策定されており、入口掲示板に掲示され常時閲覧可能な状態である。入社時研修や虐待防止委員会、身体拘束適正化委員会の取組として研修も実施している。非常勤職員への周知方法の工夫や理解度に応じた取組を行うことがより望ましい。</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 | ㉑ ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>プライバシー保護に関する規定が整備され、職員には定期的な研修が行われており、利用者や家族には契約時に説明が行われている。また、施設内には複数の個室があり、相談受付時や面談時に個人情報漏れないよう配慮されている。</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 | ㉑ ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>パンフレットを市役所に常時設置し、ブログを週1回以上更新することで、誰でも事業所の情報を入手できるようにしている。また、写真中心の資料により利用者や家族に分かりやすい工夫がなされている。利用希望者には、施設見学や利用相談など丁寧な対応を実施している。</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 | ㉑ ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>新規利用の際には、利用者にも分かりやすいよう写真中心の資料を用いて入所説明会を実施している。サービスの変更は、個別面談等で利用者や家族に丁寧な説明を行い、同意を得た上で実施している。意思決定が困難な利用者には、特性に応じてタブレットで写真や動画を使用して説明している。</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 ・ ㉑ ・ c |
| <p><コメント> サービス終了後も利用者や家族が相談できるよう、主任が窓口を担っている。事業所との引継ぎは支援計画のみを用いており、終了後の対応に関する利用者や家族への相談方法や担当者について文書が確認できなかった。福祉サービスの継続性に配慮した手順の明確化が期待される。</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 ・ ㉑ ・ c |
| <p><コメント> 利用者・家族会は年4回開催され、利用者満足を把握する目的で職員が出席している。利用者満足度調査は年1回実施しており、集計結果は利用者・家族・職員に周知されているが、さらに分析・検討結果に基づき具体的な改善を行うことが期待される。</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 ・ ㉑ ・ c |
| <p><コメント> 苦情解決体制が整備されており、苦情があった際は迅速かつ丁寧に対応し、問題解決に至っている。苦情が出しやすいよう、アンケートの実施や送迎時の挨拶に一言付け加えるなどの工夫をしており、さらに苦情解決の分かりやすい資料を利用者に配布し、説明することが期待される。</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 | ㉑ ・ b ・ c |
| <p><コメント> 利用者が相談したり意見を述べやすいよう、ポスターが事務所に掲示されている。利用者が相談しやすく意見を述べやすいよう、個室スペースを確保し、環境に配慮している。</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。 | 障36 | ㉑ ・ b ・ c |
| <p><コメント> 相談対応について規程が整備され、毎年更新されている。アンケートや日常生活の中で利用者の意見を積極的に把握しており、その意見を反映した食事メニューや外出など、福祉サービス向上に関わる取り組みが行われている。</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。 | 障37 | a ・ ㉑ ・ c |
| <p><コメント> ヒヤリハット報告書を簡素化した書式に変更することで、未然に事故防止につながる職員の気付きが多く周知されている。その為、実際の事故報告の件数が減少している。毎日の終礼でヒヤリハットの振り返りと改善策の検討を行っている。定期的な評価・見直しを積み重ねていくことが期待される。</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 ・ ㉑ ・ c |
| <p><コメント> 感染予防のマニュアルが整備され、年1回更新されており、手洗い方法のポスターが掲示されている。保健担当者が設置され、日常的な看護にあたっているが、嘔吐など突発的な対応が必要な際に職員が適切に対応できるよう、実践的な研修の実施が期待される。</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している。 | 障39 | a ・ ㉑ ・ c |
| <p><コメント> 非常災害時の事業継続計画が策定され、研修や机上シミュレーションの実施により職員に周知されている。また、避難訓練や引き渡し訓練の実施、近隣の保育園や町内会と連携した地域住民参加型の地震体験など、積極的に行われている。棚などの家具転倒対策の実施を検討されたい。</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 | ① a ・ b ・ c | |
| <p><コメント></p> <p>標準的な実施方法は適切に文書化され、利用者一人ひとりの支援内容については個別支援計画を作成し、職員間で共有されている。実施方法を確認する仕組みも整えられており、特に新人職員には指導者を固定することで、適切に実施できているか経過を追えるよう工夫されている。</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 ・ ② b ・ c | |
| <p><コメント></p> <p>6か月ごとに見直しを行っている。変更内容の周知は個別支援計画の回覧で行われており、変更が適切に反映されているかを確認できる工夫が期待される。</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 | ① a ・ b ・ c | |
| <p><コメント></p> <p>アセスメント手法は確立されており、利用者の状況によって環境を整えた上でアセスメントを実施するなど工夫している。個別支援計画はサービス管理責任者が管理を行い、様々な職種により関係職員の合議のもと適切に策定されている。</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 | a ・ ② b ・ c | |
| <p><コメント></p> <p>個別支援計画の見直しは6か月ごとに立案会議、個別面談の内容を踏まえて実施している。個別支援計画の内容を職員に周知されているが、手順を定めることが期待される。</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)-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。 | 障44 | ① a ・ b ・ c | |
| <p><コメント></p> <p>個別支援計画に沿った内容の記録となっており、記録する職員によって記録内容や書き方に差異が生じないよう研修や指導が行われている。ケース記録は事業所内のネットワークシステムの活用と個人ファイル管理にて情報を共有する仕組みが整備されている。</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 ・ ② b ・ c | |
| <p><コメント></p> <p>個人情報保護規程を策定しており、個人情報の取り扱いについて利用者や家族に契約時に重要事項説明書を用いて説明をしている。記録の管理については個人情報の観点から職員に周知されるような取組の実施が期待される。</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 ・ ① ・ c |
| <コメント> 個別支援計画の内容には、自己決定・自己選択を重視した支援内容が記載されている。また、利用者参加型の給食会議でお楽しみ会ランチメニューを決めるなど、利用者の意向が反映されている。意志表出が難しい利用者への支援や生活に関わるルール決定に関して、利用者の意見を尊重した工夫が期待される。 | | | |

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 ・ ① ・ c |
| <コメント> 権利擁護の取組として、規程を策定し研修を積極的に実施している。また、虐待防止パンフレットを掲示し、全職員を対象に年2回のチェックリストを行い未然防止に努めている。権利侵害の発生はないが、発生時の仕組みを明確にするとより望ましい。 | | | |

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 ・ ① ・ c |
| <コメント> 利用者の自律・自立に配慮し動機付けを含めた支援内容を個別支援計画に位置付けて、生活関連サービスの利用を支援している。利用者が自力で行う生活上の行為は見守りの姿勢を基本とすることを全職員が統一できるような工夫が期待される。 | | | |
| 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 | ① ・ b ・ c |
| <コメント> 利用者の心身の状態に応じて言語コミュニケーションとジェスチャー、イラスト、写真や動画などを用いて非言語コミュニケーションを使い分ける等の工夫がなされており、必要に応じて職員が代弁役を担い円滑なコミュニケーションが図られている。 | | | |
| 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。 | 障50 | ① ・ b ・ c |
| <コメント> 利用者からの相談時は個室で話を聞く機会を設けている。その場での対応が困難な時は、具体的な時間を伝えてその日中に相談に乗るなど迅速な対応がなされている。相談内容について、サービス管理責任者と関係職員により検討と理解・共有を行っている。 | | | |

| | | |
|--|-----|-----------|
| 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。 | 障51 | a ・ ㉔ ・ c |
| <p><コメント></p> <p>個別支援計画にもとづき利用者が選択できるよう、日中活動の多様化や各種サークル活動、地域のサロンの参加などを提供し、公民館や福祉センターからの文化的な生活やレクリエーションの資料を情報提供している。全ての利用者において個別支援計画のニーズに沿ったプログラム内容の提供が期待される。</p> | | |
| A-2-(1)-⑤ 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。 | 障52 | ㉔ ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>合理的配慮の義務化に伴い、全職員が研修により障害に関する専門知識の習得と支援が図られている。利用者の不適切行動などの行動障害には個別対応を行っており、終礼や記録で職員周知されている。また、利用者間での関係性を考慮し適切な環境整備がなされている。</p> | | |
| A-2-(2) 日常的な生活支援 | | |
| A-2-(2)-① 個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っている。 | 障53 | a ・ ㉔ ・ c |
| <p><コメント></p> <p>個別支援計画に基づき利用者の心身の状況に応じた食事、排せつ、移動・移乗の支援が行われている。食事の提供の際に個室や適切な自助具を使用するなど個別的な配慮がなされている。排せつの自立に向けた支援の取組みが期待される。</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 | ㉔ ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>利用者の動線を確保、他の利用者に影響を及ぼすような場合は個室やパーテーションを使用するなど安全に配慮し、活動場所や食堂、トイレなどは清潔で適温であり休息できる場所を確保し安心して過ごせるような配慮もされている。</p> | | |
| A-2-(4) 機能訓練・生活訓練 | | |
| A-2-(4)-① 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。 | 障55 | ㉔ ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>作業療法士の指導のもと月1回実施し、日常的には作業療法士の助言、指導のもと動画を活用しながら毎日10分程度実施している。利用者が主体的に行えるよう、必要に応じてストレッチ票を用意し実施後にシールを貼ることで、意欲の向上や達成感が得られるよう工夫されている。</p> | | |
| A-2-(5) 健康管理・医療的な支援 | | |
| A-2-(5)-① 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。 | 障56 | a ・ ㉔ ・ c |
| <p><コメント></p> <p>来所時の体温測定や排せつ時の観察などにより、利用者の健康状態の把握に努めている。利用者の障害の状態に応じて、歩行や余暇活動への参加に社会資源を活用するなど、健康の維持・増進の工夫を行っている。健康管理の基本や方法、留意点に関する研修の実施が期待される。</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 ・ ⑥ ・ c |
| <p><コメント> 医療的支援の実施についてはマニュアル化されている。服薬管理は利用者の状況に応じて自己管理または職員管理としており、服薬内容は来所時の内服の有無に関わらず、薬剤情報用紙で適切に管理されている。医療的な支援に関する職員研修の実施が期待される。</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 | ① ・ b ・ c |
| <p><コメント> 利用者の希望と意向を把握し、サロンへの参加や月2回の地域の遊歩道の清掃、各種販売会の出店参加を行っている。学習は余暇時間に取り組みされており、「字を書けるようになりたい」などの個別ニーズが反映されている。</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。 | 障59 | a ・ ⑥ ・ c |
| <p><コメント> 相談支援事業所と密に連携しながら、面談を通じて移動支援や生活介護の併用利用開始など、本人の意向を聞きつつ調整し、実現できている。地域生活に関する課題を把握し、具体的な生活環境への配慮を行うことが望まれる。</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 | ① ・ b ・ c |
| <p><コメント> 日常的に連絡帳や送迎時の対面での会話を通じ情報交換を行い、利用者の様子を伝える際には家族等の気持ちに配慮されている。また、定期的に個別面談を実施し利用者の生活や支援について家族等と意見交換を行っている。保護者会を3か月毎に開催し、事業所の状況説明や意見交換を行っている。</p> | | | |
| 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 |
| <p><コメント> 非該当項目である。</p> | | | |

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 ・ b ・ c |
| <p><コメント> 非該当項目である。</p> | | | |
| | 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 ・ b ・ c |
| <p><コメント> 非該当項目である。</p> | | | |
| | 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 ・ b ・ c |
| <p><コメント> 非該当項目である。</p> | | | |