

## 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

株式会社 中部評価センター

### ②施設・事業所情報

名称：ののみや	種別：生活介護	
代表者氏名：磯村 征巳	定員（利用人数）：40名（39名）	
所在地：愛知県西尾市野々宮町下宮東11-6		
TEL：0563-65-6681		
ホームページ： <a href="https://kurumikai.jp/">https://kurumikai.jp/</a>		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：平成23年10月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 くるみ会		
職員数	常勤職員： 9名	非常勤職員： 10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） 11名	（生活支援員兼調理員） 2名
	（運転手） 2名	（看護師） 2名
施設・設備の概要	（居室数）	（設備等）

### ③理念・基本方針

#### ★理念

- 一人ひとりの一生が有意義になるようにノーマライゼーションの理念に沿って活動します。
- 一人ひとりの一生を地域でお互い助け合えるシステムづくりをし、その活動を広げていきます。

#### ★基本方針

生きる楽しみ・潤いのある生活

### ④施設・事業所の特徴的な取組

潤いのある生活に少しでも近づくために、作業時間以外の余暇・イベント時間などを潤いのあるものに近づくためにカラオケルームを設置しています。その他にも、メインとなるテレビに、ネットを繋げてリクエストがあった番組を視聴できる様になっています。

その他では、毎日の活動終了後の午後にお茶休憩時間をつかい、小さな喫茶店を行い、コーヒー（アイス/ホット）・ココア（アイス/ホット）・紅茶・麦茶（小袋菓子）から選んでいただいて一息ついてもらっています。

作業や散歩だけではなく、身体能力（生活能力）の維持を考え、利用者さんに合わせた体操を活動内に取り入れています。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 4年10月 3日（契約日）～ 令和 5年 3月20日（評価決定日）  【令和 5年 2月 2日(訪問調査日)】
受審回数 （前回の受審時期）	0 回 （平成 年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆コンプライアンスの徹底

管理者は、自ら研修等に参加して関係法令の情報を把握し、職員に周知している。特に虐待防止に関しては、支援者会議の中で幾度も丁寧に説明して周知している。訪問調査当日の職員聞き取りの中でも、発見から通報、対応までの対策が徹底されていることが確認できた。

◆独自の人事制度

キャリアパスを導入した人事制度により、「職務表」と「評価シート」を用いた人事考課を実施し、昇進や昇格などの人事基準にも適用している。運用されている制度は、職員の能力や専門性による貢献度を重層的に捉えて評価することで、業務内容やモチベーションの向上を目指すものとして機能している。

◆人材の育成から定着へ

人材の確保・育成は事業計画に掲げられ、インターンシップの受入れから階層別研修への参加、キャリアパスを用いた人事考課、目標管理の実施など、多面的な育成を図っている。また、基準配置を超えた職員を配置し、支援の充実もなされている。離職防止ツールを活用した新任職員へのサポートにより、モチベーションアップや満足度向上を図るなど、職員定着につなげている。

◆標準的な実施方法の確立

サービス提供の標準的な実施方法として文書化された「ののみや職員行動規範」が策定されており、理念の浸透がなされている。行動規範の実効状況を「職員行動点検チェック表」でセルフチェックし、自らの行動や支援を振り返り、改善の契機としている。

◇改善を求められる点

◆事業計画の実効性

法人の中長期計画と単年度事業計画を基に、事業所の事業計画が策定されている。ただ、いずれの計画も数値目標の設定などが無く、具体性に乏しい。計画の進捗確認や達成度評価に当たっては、明確な測定が難しくなるため、数値目標や明確な到達点を設定するなど、実効性のある計画策定が望まれる。

◆利用者への説明責任

支援の主体である利用者に対して、契約の内容、事業の方向性や事業計画など、提供するサービスに関して理解と同意を得ることが肝要であり、インフォームドコンセントを基に支援を進めていく必要がある。これらの説明責任を果たすためには、少しでも理解を得るための資料などの工夫と配慮が求められる。

◆利用者目線でのサービス向上

提供するサービスの適正化を図る意味でも、個々の支援計画同様にサービスのモニタリングが必要である。提供者である職員のサービス評価に加え、支援を受ける利用者本人の意向を確認し、それを把握した上で改善を図られたい。サービス向上へのチャートとしてのPDCAサイクルは機能しているが、「C」のチェックの中に利用者モニタリングを加えることが望ましく、満足度調査や意見箱の設置などのチェック機会を設けられたい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

現在行っているサービスの内容を第三者の方に評価していただくことにより、今後の事業所運営での目指すべき方向性が明確になりました。  
今回ご助言頂いた改善点においては、職員全体に共有するとともに結果を基にサービスの質の向上のための取り組みを行っていきます。  
また、特に評価の高い点として取り上げて頂いた「コンプライアンスの徹底」「独自の人事制度」「人材の育成からの定着」「標準的な実施方法の確立」の4項目につきましては、事業所の強みとして、より一層伸ばしていけるように体制を整え、利用者の方に満足していただける事業所作りに取り組んでいき、基本方針である「生きる楽しみ・潤いのある生活」を提供していきます。

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> 理念、基本方針はホームページやパンフレットに記載されており、職員には年度当初に会議で読み合わせを行って周知している。理念は、事業に対しての職員の在り方を示すものであるが、行動規範についても別に定めている。利用者本人への周知に関して、特別な資料等が無いこともあり、理解促進への配慮が望まれる。			

##### 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	① ・ b ・ c
<コメント> 福祉動向等に関しては、厚生労働省のホームページや県の知的障害者福祉協会の月刊誌等で把握しており、また市の福祉計画、特に障害者本人の意向調査のデータを注視している。利用状況や財務状況については、データ分析し、毎月の管理者会議で共有している。			
I-2-(1)-②	経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	障3	① ・ b ・ c
<コメント> 管理者会議では、法人内各事業所の経営課題を出し合い、検討の上で整理し、経営会議にあげて協議を行い方向性を出している。事業所では、支援者会議にて課題を確認し、改善策を検討して実際の事業活動に反映させている。			

##### 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> 中長期計画は、年度ごとの時点での中長期の方向性を示している。内容としては、組織強化から職員配置、人材育成、サービス、広報、地域交流、防災、財務基盤安定など、法人経営全般について多面的に捉えたものである。しかし、数値目標の設定などの具体性に乏しく、達成度評価が行い辛い点は課題である。また、事業所独自の中長期展望を具体化する計画を示されたい。			
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> 事業所の単年度計画は、法人の中長期計画および法人の年度計画を踏まえた内容となっている。しかしながら、「検討する」や「目指す」などの成果測定が難しい表現も多く、実効性確保に向けて内容のさらなる具体化が求められる。			
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
<コメント> 年度末の支援者会議で、職員全員による達成度評価と修正点の確認を行い、管理者が原案を作成して再度会議にかけ確定させている。実施状況の中間評価や修正など柔軟な対応を行うことで、一層の実効性のある計画運用を期待したい。			

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 ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;  事業計画は、本人家族の会にて説明の上配付されている。ホワイトボードを用いて説明がなされるが、利用者向けの分かりやすい資料などは用意されていない。利用者の、支援の主体としての知る権利と、事業者としての説明責任を果たされたい。</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 ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;  支援者会議では、毎月の支援状況の報告と課題の確認を行っている。また、毎年第三者評価の基準を用いた自己評価を実施し、未実施や未達成事項について改善に向けて取り組んでいる。サービスチェックに関しては、利用者への調査を実施し、支援に反映させることが望ましい。</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 ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;  自己評価の結果により各サービス項目の課題が明らかとなっているが、これらの改善点を改善計画にまとめ計画的に実施していく取組みには至っていない。責任者（誰が？）、期限（いつまでに？）、方法（何を？）を明確に定め、組織的、計画的に取り組むことが望ましい。</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 . b . c	
<コメント> 管理者は自らの方針を会議の場で表明し、職員の意見を踏まえた上で今後の方向性を示している。職務表には、管理者以下パート職員まで各階級の職責が示され、全職員に配付されている。管理者不在時の職務権限は、サービス管理責任者に委任される。			
Ⅱ-1-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	障11	a . b . c	
<コメント> 管理者は、自ら研修等に参加して関係法令や法改正の情報を把握し、会議等の場を使って職員周知を図っている。外部との関係に関してもコンプライアンスを徹底している。特に虐待防止に関しては、支援者会議の中で詳細に説明し、欠席者には資料を配付している。			
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。			
Ⅱ-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	障12	a . b . c	
<コメント> 支援者会議の中でサービスの状況を把握し、改善へのアドバイスをを行っている。また、サービス向上と個々の職員のスキルアップに向け、研修の機会を多く確保し、研修参加を奨励している。自身は、マネジメント講座を受講し、管理者の役割や組織の強化といった面からの指導力向上を図っている。			
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	a . b . c	
<コメント> 税理士の助言を基に財務分析を行い、労務的には職員面談による調整のほか、基準配置を上回る職員数を確保するなど、職場環境の改善を図っている。業務改善では支援者会議での課題確認と方向を明示しており、経営面の改善では、経営会議に参加して運営の方向性を協議し、実践に移している。			

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 . b . c	
<コメント> 人材の確保・育成は事業計画に掲げられ、インターンシップの受入れから階層別研修への参加、またキャリアパスを用いた人事考課の実施など、段階的な育成を図っている。行動援護研修受講での加算獲得等により、職員配置の充実もなされている。新任職員には離職防止ツールを活用し、退職要因の分析や満足度向上を手掛けている。			
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	a . b . c	
<コメント> 人事制度としてはキャリアパスを導入し、「職務表」と「評価シート」を用いた人事考課を実施し、昇進や昇格などの人事基準にも充てている。制度は、職員の能力や専門性による貢献度を多面的に評価し、業務内容やモチベーションの向上を目指すものとして機能している。			
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。			
Ⅱ-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取組んでいる。	障16	a . b . c	
<コメント> 有休休暇や時間外勤務は、毎月データ化され管理されている。また、「職務分配表」により職員の職責や業務配分も明確化され、業務の偏りもなく適正化が図られている。ハラスメントを含む相談窓口の設置、定期健康診断の実施、法人の福利厚生制度など、働きやすい職場への取組みは数多い。			

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 ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「目標シート」を用いた目標管理を実施し、自己評価に対し年度末に上司評価を行って業務上の育成を図っている。課題としては、「設定目標とキャリアパス基準との整合性」、「中間面談による進捗評価確認」の2点が挙げられる。</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 ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画や基本方針に人材の育成が示され、様々な研修やキャリアパス制度を用いた育成がなされている。研修計画では、キャリアに応じた法人内外の階層別研修と、業務に要する専門研修が明示されて実施されている。研修カリキュラムの評価や内容の見直しといった点は課題となる。</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 ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員個々の研修履歴がリスト化されており、これに応じて研修参加の候補者を選定している。新任職員から管理者までが、階層別研修から職種別またテーマ別の専門研修に至るまで参加している。OJT に関しては、所属チームの中でジョブトレーニングし、チェックリストにより自己評価しているが、目標や期間、担当者などを明確にすることが望ましい。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「実習マニュアル」に沿って社会福祉士の実習を受け入れている。実習生に対しての、事業所として習得してほしい事項は全てプログラムに組み込まれている。今後の受入れに対しては、実習指導者の養成が急務である。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ホームページにより、様々な情報が開示されている。透明性という点では、情報に苦情受付けの内容などを含めることが望ましい。保護者向けには、毎月法人としての「お便り」が配付されている。ただ、地域に向けての広報としては弱く、検討の余地を残す。</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 ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「職務配分表」により、職員の職責や職務権限は明確になっている。顧問である弁護士、社労士、税理士による毎月の指導や、監事による内部監査を得て経営改善している。監査法人等による外部監査の導入は、今後の検討事項となる。</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	㉓ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>理念や基本方針、また行動規範にも地域との関係性が明示され、日常的に地域交流を手掛けている。毎日の散歩や、ペットボトルのキャップ回収での企業や行政、学校との関り、防災訓練への参加など、数々の接点を持つ。日中活動のため一定の制限はあるが、コロナ禍収束後は一層の交流の発展が期待されている。</p>		

<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。</p>	障24	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;  ボランティアに関する手順書が整備され運用されている。受入れに当たっては、企画書を作成し、実施後は報告書に記載して職員で共有している。ボランティアには、事業所の説明、秘密保持誓約書への記載、ボランティアアンケートの記入を依頼している。定期ボランティアとして、移動喫茶のグループがあるが、コロナ禍で途絶えている。</p>		
<p>Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。</p>		
<p>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。</p>	障25	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;  市の障害者福祉団体連合会に参画し、定期的に会合を持ち共通課題の協議を行っている。会議の内容は、支援者会議で職員共有している。事業所に関連する社会資源は明確にされており、利用者に対しては、必要に応じて情報を流している。</p>		
<p>Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</p>		
<p>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。</p>	障26	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;  法人の会議を通して得られる情報、関連団体からの情報の他、市の障害福祉計画に掲載される障害福祉ニーズのデータを参考に、将来に対しての不安などから来るニーズの状況や課題を把握している。また、特別支援学校と連携し、進路に対するニーズの把握にも努めている。</p>		
<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。</p>	障27	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;  エコキャップの回収・リサイクル、福祉避難所としての登録、市の福祉祭りの主催など、様々な地域のニーズに応えている。課題としては、事業所の持つ障害に関する専門性の地域還元、街づくりのための地域連携、福祉避難所の受入れマニュアルの作成、などが上げられる。</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	① ・ b ・ c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員のサービス提供共通理解として「ののみや職員行動規範」が策定されており、年1回理念の浸透を確認する研修が実施されている。「職員行動点検チェック表」で自己チェックを行い、支援の振り返りの機会としており、自己チェックの後は「カイゼン記入表」を提出している。</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	① ・ b ・ c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>プライバシー・個人情報保護に関しては、「プライバシー保護マニュアル」が策定されており、職員へ周知されている。利用者からは「個人情報同意書」、「肖像権使用同意書」を取っており、利用者からも適切に許可を得ている。利用者からの個別の相談・聞き取りについては、作業室とは別室で行っており、環境面に配慮している。</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	① ・ b ・ c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人ホームページが丁寧に作成されており、事業所の活動を載せて情報発信の一つとなっている。見学者への対応も適切・丁寧に行い、活動の説明資料は、活動ごと（作業・行事・歩行・体操等）に写真を用いた資料を準備しており、分かりやすいものとなっている。</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	① ・ b ・ c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービス開始にあたり、利用契約・重要事項・支援計画等の説明は、活動の説明資料（写真有り）を活用し、管理者が丁寧に行っている。サービス内容の変更に当たっては、その都度新たな重要事項説明を行い、同意を得ることができている。</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 ・ ① ・ c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人内に多彩なサービスがあることにより、利用者のニーズに合わせて法人内事業所への変更が可能であり、移行はスムーズに行われている。今後、高齢者施設（介護保険）への移行が想定されるため、引き継ぎの様式を作成しておくなど、移行時の仕組みを整えておくことが望ましい。</p>			
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。			
Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	障33	a ・ ① ・ c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>半年に1回ある面談時に「聞き取り表」にて意見・要望を聞き取り、個別支援計画に反映させているものもある。「本人家族の会」に管理者が参加し、報告を受けている。今後は、年1回程度の利用者満足度調査を実施し、調査結果が具体的なサービス改善に結びつくことを期待したい。</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	① ・ b ・ c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「苦情解決規程」が定められている。規程内に苦情受付の様式も完備されており、実際に活用されている。「重要事項説明書」には、苦情受付担当者・苦情解決責任者・第三者委員まで記載されている。また事業所の玄関先に「苦情解決組織図」が掲示され周知されている。</p>			

Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	障35	a ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>相談室を活用することで、プライバシーが守られた中で相談できる環境にある。受けた要望・相談については、「カイゼンシート」を作成して書面に残している。利用者・家族の表面化しない意見や要望を、少しでも多く集めるために、意見箱の設置が望まれる。</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	㉔ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>受け付けた相談・意見に対しては、「希望要望受付書」に記録されている。「希望要望受付書」は記入手順書に沿って対応することで、職員ごとの対応に差異がでないように配慮している。受け付けた相談・意見は「カイゼンシート」にて検討し、今後の対応・対策が記載されている。</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 ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「事故発生時対応手順書」や「緊急時対応マニュアル」が整えられており、職員に周知されている。リスクマネジメント研修として、KYT（危険予知トレーニング）を行っている。事業所内で事故要因の分析・再発防止策等の検討を行なう、リスクマネジメント委員会の設置が待たれる。</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	㉔ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>コロナ禍対応のため、感染予防対策が適切に講じられている。1日3回の検温と手指消毒など、細心の注意を払っている。新型コロナ・ノロウイルス・インフルエンザ・疥癬など、各感染症ごとの対応マニュアル・対応フローチャートがあり、職員に周知され定期的な見直しも実施されている。</p>		
Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	障39	㉔ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>消防計画を作成し、消防署に提出している。防火管理者が中心となり、避難訓練が実施されている。非常災害対策計画には、災害時職員の役割分担（救護班・連絡係・物資班など）が決められ、職員に周知されている。災害時に備えて60名・3日分の食糧備蓄を備えており、保存期間も管理されている。</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	㉔ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「ののみや」での標準的な実施方法が文書化されたものとしては、「ののみや職員行動規範・職員行動点検チェック表」があり、利用者ごとの個別支援については「生活支援実施表」が作成されている。標準的な実施方法に加え、個別支援の方法が詳細に記載された手順書があり、職員に周知されている。</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	㉔ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「ののみや職員行動規範」は標準的な実施方法が文書化されたものである。見直すシステムとしては、「職員行動点検チェック表」で自己チェックを行った後に「カイゼン」を作成している。「カイゼン」を基に会議を行い、検討・更新している。</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	㉔ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画作成の手順書があり、手順書に即して個別支援計画書が作成されている。利用者・保護者の意見・要望を聞き取り、「聞き取り表」を作成し、モニタリング、個別支援計画書の作成となる。この一連の流れを「生活支援実施表」に落とし込み、職員間で共有することができている。</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 ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;  誕生日とその半年後の年2回、個別支援計画の見直しが行われている。「聞き取り表」（利用者ニーズの把握）を作成し、モニタリング（次期計画書を作成するに当たり課題を明確化とサービスの評価）を実施している。「聞き取り表」によるモニタリングを基に、次の半期の個別支援計画書を作成している。</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 ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;  日々の利用者の状況は、「サービス提供記録」に記録されている。「サービス提供記録」はパソコンにて入力・保存されている。職員間の共有については、ネットワークを介して各々が確認できるようになっている。「サービス提供記録」に、個別支援計画の実施状況が記載されることが望まれる。</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 ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;  利用者の個人情報の取扱いについては「個人情報保護規程」があり、さらに「個人情報使用同意書」、「肖像権使用同意書」を利用者から取っている。利用者に関する記録についての保管・保存・廃棄について、適切に管理するための「文書管理規程」（仮題）を定めることが望ましい。</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	①・b・c
<コメント> 毎日の「お茶会」には、飲物・お菓子の中から選択できるようになっており、利用者の毎日の楽しみと選択をする機会となっている。余暇活動では、ドライブ・折り紙・塗り絵・YouTubeなど多岐にわたり、利用者の意向が尊重されるように選択ができ、意思決定ができるように配慮されている。		

### 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・②・c
<コメント> 虐待防止・身体拘束に関する事業所内研修が行われており、職員への虐待・身体拘束防止への知識と意識が高まるように働きかけを行っている。今後も職員の意識向上のため、権利擁護の「意思決定支援・意思形成支援・意思表出支援」に関する研修の開催を望みたい。		

### 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	①・b・c
<コメント> 利用者一人ひとりの状況に応じた自立・自律に向けた支援を行っている。個別支援計画やアセスメントが集約されている「生活支援実施表」を基に実践し、利用者が望む生活を支援している。支援方針や方法が支援に係わる職員間で情報共有され、支援が行われている。		
A-2-(1)-② 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。	障49	①・b・c
<コメント> 生活の見通し（スケジュール）が立つことで落ち着いて生活できる利用者には、作業机に絵カードを掲示することで、落ち着いて作業に取り組めるように配慮している。また、絵カードだけでなく、利用者の障害特性に合わせて写真・ホワイトボードなども活用して支援している。		

A-2-(1)-③ 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。	障50	①・b・c
<コメント> 利用者は、担当職員だけでなく管理者・サービス管理責任者など、利用者が個別相談をしやすい職員に相談出来るように配慮されている。相談機会・場所としては活動室だけでなく、他者が気にならないように相談室を活用するなど、相談を行いやすい雰囲気作りに努めている。		
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・②・c
<コメント> 個別支援計画を作成するに当たり、利用者からのニーズを丁寧に聴き取り、継続的な計画となっている。「生活支援実施表」を基に職員間で共通理解を持って支援を行っている。個別支援計画に対する日々の支援内容を記録する「ケース記録」（仮題）などの作成が望まれる。		
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	①・b・c
<コメント> 強度行動障害支援者養成研修（基礎・実践）を受講した専門職員が配置されており、強度行動障害の利用者には、個別支援計画とは別に「支援計画シート」を作成している。そのシートを活用した対応手順を職員間で共有し、専門的な支援を行っている。支援内容も「サービス提供記録」に記載されている。		

A-2-(2) 日常的な生活支援				
A-2-(2)-① 個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っている。	障53	a	ⓑ	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>食事提供については、昼食は外部からの配食弁当を提供している。利用者の体調・状況・障害特性に配慮し、クックサーブ（加熱調理）にて、温かな食事の提供が行われている。食事に関しては、定期的な嗜好調査や利用者参加の給食会議を開催するなど、利用者の声を反映させる仕組みを検討されたい。</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	ⓐ	b	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>限られた環境下で、職員が創意工夫して環境整備に努めている。障害特性や年齢などを考慮した部屋割りにしている。また、テーブル間に衝立（パーテーション）を活用し、隣同士が影響し合わないように利用者のパーソナルスペースを確保している。</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	ⓐ	b	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>カリキュラムの中に嚙下体操・棒体操・DVD体操・ストレッチ・歩行訓練などを取り入れ、利用者個々に合わせた機能訓練・生活訓練を実施している。工賃が支払われているため生産活動にもなるが、「エコキャップ」の作業は利用者の障害特性に合わせた作業工程となっている。</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	ⓐ	b	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>コロナ禍もあり、登所時・11:30・15:00と毎日3回の検温を実施し、利用者の体調管理に努めている。その他にも年1回の健康診断、月2回の体重測定、血圧測定等を行っており、健康状態の把握に努めている。体調の変化時は、緊急連絡先を基に家庭に連絡し、グループホーム利用者にはサービス管理責任者に連絡を入れている。</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	ⓐ	b	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>投薬については、看護師が利用者ごとに仕切りのついた箱にて管理し、投薬事故を防いでいる。また服薬している利用者を分かりやすくするために、一覧のリストが作成され、「医療支援手順書」に沿って対応している。月に1度の嘱託医の「検診記録（回診記録）」や「看護記録」も作成されている。</p>				
A-2-(6) 社会参加、学習支援				
A-2-(6)-① 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。	障58	a	ⓑ	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>コロナ禍により、地域行事への参加もここ数年は行えていない状況である。コロナ感染拡大により施設閉鎖を経験し、施設行事・活動にも苦慮している。今後も感染予防を徹底した上で、コロナ下でも出来る活動を検討し、社会参加の機会を拡大することを期待したい。</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	ⓐ	b	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の半数以上は、同法人が運営しているグループホーム（隣設のグループホーム）から通所しており、地域生活を実践しながら事業所に通所している。在宅の利用者に対しては地域生活（グループホーム）への移行希望の有無を確認し、入所施設希望者については「入所登録書」により意向を確認している。</p>				

A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援		
A-2-(8)-① 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。	障60	① ・ b ・ c
<コメント> 「連絡ノート」にて毎日の事業所・家庭での様子を相互に共有している。緊急時や「連絡ノート」では伝えきれないものは、電話にて連絡・報告を適宜行っている。保護者会組織として「本人家族の会」があり、事業所と連携が図られている。		
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> 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 ・ b ・ c
<コメント> 非該当		
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
<コメント> 非該当		
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
<コメント> 非該当		