

## 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： 黒木 修	定員（利用人数）： 40名（40名）	
所在地： 愛知県西尾市野々宮町下宮東11-6		
TEL： 0563-65-6682		
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： 10名	非常勤職員： 11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） 13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

##### ・法人

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。

##### ・施設・事業所

生きる楽しみ・潤いのある生活

#### ★基本方針

法人の経営基本方針を踏まえることを基本とし、利用者の方お一人おひとりが「かけがえない存在であること」を支援者が常に念頭に置き、“生きる楽しみ・潤いのある生活”を実感していただけるような支援・活動を目指す。

また、将来的な希望実現の為、共同生活に必要なスキル向上、環境体制を踏まえた支援を行っていきます。

#### ④施設・事業所の特徴的な取組

・事業計画をより具体化（数値化）をするために重点項目の作成を行い、今年度の事業所としての実施項目として取り組みを行っている。

・法人の人材確保、育成の起点としての役割を担っている。

・新規利用者の受け入れ、強度行動障害の方の受け入れを行うべく他法人事業所との勉強会及び情報交換を積極的に行っている

・生きる楽しみ潤いのある生活を提供できるように、利用者さん1人1人のニーズや特性に寄り添えるように心掛け、作業や歩行、体操などの活動については、その方に合わせた作業工程や、グループ分け、個別対応を行っている。

・毎日の活動終了後の14：30頃に、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）から好きな物選んで飲食するといった喫茶店形式の余暇時間を提供している。

・利用者さん1人1人の「困っている」を少しでも減らせる様に、構造化などの環境設定を中心に利用者さんに合わせた分かりやすい支援を行っている。

#### ⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和7年7月10日（契約日）～ 令和8年2月27日（評価決定日）  【令和8年1月13日（訪問調査日）】
受審回数 （前回の受審時期）	1回（令和4年度）

#### ⑥総評

##### ◇特に評価の高い点

##### ◆ICTの活用

各種の情報共有ソフトやSNSを活用し、マニュアルや情報等を共有することにより業務省力化や業務効率のアップを図っている。専門知識の共有によるスキルアップや、正確な利用者情報の把握、またリスクの回避等、様々な業務改善につなげている。

##### ◆管理者のマネジメント

管理者は運営全般に関して事業所を主導し、経営心理士としての知見を基にサービスの向上・職場環境改善・職員育成に関わっている。特に、先ずトライして状況を調査し、評価し、改善していくという業務改善への前向きな姿勢を示している。これらのマネジメント力は、結果として利用者サービス向上と職員のモチベーションアップに結び付き、評価に値する。

##### ◆エコキャップによる作業支援

エコキャップ作業の利点として、「原価がかからない」、「材料が常に豊富」、「納期が無い」、「回収を通じ地域とつながる」、「SDGSに貢献」、「作業工程も多く取組みやすい」、「機能訓練にもなる」等々の多面的な効果がある。利用者に安定的な支援をもたらすことができる有効な取組みである。

##### ◇改善を求められる点

##### ◆組織的なOJT

OJTに関しては、「業務マニュアル」に沿って主任によるジョブトレーニングが進められるが、目標設定や振り返り、評価といったPDCAサイクルでの実施が推奨される。実施期間や実施手順等を定めた実施マニュアルの作成をはじめ、事業所に実態の沿った実践指導が求められる。OJTは、特に新任者育成の要であり、体制を整えて組織として丁寧に取組みたい。

◆リスクマネジメント体制

リスクマネジメントに対して事業所として組織的な体制はできており、事故発生時の対応や共有等は迅速にできている。職員の気づきである「ヒヤリハット」から見えてくる原因分析と未然防止策の検討を徹底することで、さらなる安全・安心の向上を目指していきたい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第2回目の受審となる今回で前回頂いた課題の改善及び、現状の運営状況について評価を頂きました。  
評価を頂いた部分については継続及び更なる向上、また頂いた課題については次回の受審に向けて改善をしていけるように努めていきます。

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・ <b>b</b> ・c
<コメント> 理念は、パンフレットやホームページに明示されている。基本方針は会議資料として配付され、行動規範とともに毎月支援者会議で読み合わせを行い、これに対する行動計画を職員が記載している。行動規範については、動画を作成し研修による学習を考えている。基本方針に関しても、実情に合った修正を検討中である。利用者への周知については、もう一工夫ほしい。			

##### 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	①・b・c
<コメント> 福祉動向や地域の実情等については、相談支援事業所や社会福祉協議会、自立支援協議会、学校等との連携により把握している。月次の決算は、毎月管理者会議で報告し、会計士の助言を得て分析している。常に事務局と連携し、運営状況のチェックと把握を行っている。			
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> 法人の経営会議では、経営課題の検討と中・長期計画の策定を協議し、また計画の取組み状況や進捗報告を実施している。事業所では、三役会議にて重点目標に対しての実施事項や具体的な取組み目標等を協議し、1週間後の職員会議で共有し実践に向けている。			

##### 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	①・b・c
<コメント> 法人の中・長期計画が策定され、行動計画に沿って毎月管理者会議で進捗評価を実施している。内容は、事業全般におよぶビジョンを示すもので、各事業所の指針となっている。途中での見直しを含め、柔軟な対応を取っている。			
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	①・b・c
<コメント> 中・長期計画を受け、重点項目を絞って具体的な目標数値を盛り込んだ形の内容となっており、毎月の三役会議にて実施状況の検討を行っている。また、法人へは、毎月開催される管理者会議で進捗報告を実施している。事業計画に沿って研修計画も策定されている。			

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	① ・ b ・ c
<コメント> 事業計画は、毎月の三役会議で実施状況を確認の上、法人の管理者会議で進捗報告を行っている。策定にあたっては、三役会議にて実績の総括を行い、課題を抽出した上で重点項目を設定し、一般項目に関しても目標値を決めている。将来的には、予算要望を担当部署ごとに行い、予算配分していく形を考えている。		
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 ・ ② ・ c
<コメント> 単年度の事業計画は事業所内に掲示されている。家族に対しては、本人家族の会にて配付し説明している。利用者に対しては、理解を得るための特段の取組みがない。今後、利用者に対して理解を得るために、分かりやすい説明を入れた事業計画の動画を作成し、周知していく予定である。		

#### 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	① ・ b ・ c
<コメント> 事業所は、毎月のサービス実施状況を管理者会議に上げ、チェックし課題を明確にしている。また、利用者へ満足度アンケートを実施し、結果を支援者会議で確認・分析し、改善に向けている。職員のモニタリングとしては、年2回の面談時に支援上の課題等を出してもらい、支援者会議へ報告する等、毎月、会議の中でPDCAサイクルの確認を行って改善に向けている。		
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	① ・ b ・ c
<コメント> 経営会議では、毎年事業報告書の作成時に法人および事業所の評価を行っている。また、毎月の支援会議で振り返りを行っている。第三者評価に関しては、評価結果での課題に対して、改善策・期日・実施状況を明確にして計画的な改善を行っている。		

## 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
<コメント> 管理者は運営全般に関して事業所を主導し、経営心理士としての知見を基にサービスの向上・職場環境改善・職員育成に関し、マネジメントしている。各会議にて、自らの方針や方向性を資料により示している。保護者向けの「月間予定」を刊行し、事業予定とともに意向を表明している。職務分掌は、等級表の示すとおりである。			
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	① ・ b ・ c
<コメント> 法人事務局が併設され、また管理者が法人の常務理事を務める関係で、関係法令をはじめ様々な情報が把握できる環境にある。管理者は、情報共有ソフトでの周知や、会議にて資料を用いて職員への説明を行っている。特に、行動規範とコンプライアンス、人権・虐待防止等に関する理解促進は、レポート提出を含め徹底した対策を取っている。			
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	① ・ b ・ c
<コメント> 毎月の支援者会議では、利用者個々の支援状況の確認と検討を実施し、三役会議ではサービス向上に向けた協議・検討を行っている。また、法人内同種事業所の管理者会議で課題を共有し、改善に向けての協議を行っている。強度行動障害の研修受講をはじめ、研修計画に沿って専門研修やスキルアップ研修の受講を積極的に進め、サービスの質向上を目指している。			
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	① ・ b ・ c
<コメント> 管理者は、毎月の月次報告により経営状況を正確に把握している。SNSや情報共有システムを活用し、情報共有ソフトを用いた情報共有は業務省力や業務効率のアップの他、専門知識の共有やリスク回避等、結果として業務改善に結び付いている。有給休暇の取得率の向上等、労務環境の改善もみられる。			

### 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	① ・ b ・ c
<コメント> 次年度の要員計画を事業所ごとに集約し、法人の採用活動につなげている。法人内に求人部署を立ち上げ、採用やプレゼンテーションの研修を受けた一般職員が求人活動を行った。中途採用のツールとして職員の紹介制度「リファラル採用」を採り入れ、離職防止ツールを用い新卒者に毎月丁寧なアプローチを実施した。法人は事業所ごとの人材データを整備し、人材分析に余念がない。			
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障15	① ・ b ・ c
<コメント> 人事考課制度が導入され、キャリアパスに基づいて業績評価を実施し、処遇に反映させている。「評価シート」を用い、年に2回の面談により、自己評価と上司考課を行い、職責に対する評価を明確にし、フィードバックすることで育成につなげている。昇格等の人事基準の一つにも評価結果を用いている。			
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	① ・ b ・ c
<コメント> 有休休暇の取得による県の認定企業を取得し、またリフレッシュ休暇の導入、残業ゼロへの取組み、年2回の管理者面談、メンタルヘルス相談窓口の設置、独自の福利厚生制度等、働きやすい職場に向けた様々な取組みが実施されている。			

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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「目標管理シート」により、適正目標の設定から中間での振り返り、最終評価まで、面談を通して実施されている。また、キャリアに合わせた研修計画により段階的な育成が行われている。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の事業計画では、育成への人事管理が明示され、キャリアパスを軸に様々な研修機会がある。「年間計画表」に、研修を含む会議・委員会の実施計画が記載されている。研修実施後は、共有ソフトに挙げて情報共有する他、重要項目に関しては会議時に研修報告を実施している。階層・保有資格・行動規範目標等の個人データを基にした人材育成計画を作成している。</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 ・ ① ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>キャリアに合わせた研修機会を確保している。サービス管理責任者研修は職務の状況に応じて受講し、強度行動障害研修に関しては全員を対象に進める他、事業所視察により実践力向上を図った。OJTに関しては、「業務マニュアル」に沿って主任によるジョブトレーニングを行うが、目標設定から振り返り、評価といったPDCAサイクルでの取組みがなく、改善の余地を残す。</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 ・ ① ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>学生の見学やインターシップ等の受入れ実績がある。ただ、研修担当は別事業所におり、実習指導者は不在であることから実習指定を受けておらず、実際の実習生受入れはなされていない。障害者支援の専門性を還元する意味で、積極的な受入れに向け体制を整えたい。</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 ・ ① ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ホームページには事業概要や財産状況、事業所の様子、求人情報等、分かりやすく動画も用いて様々な情報が公開されている。今後は、苦情受付や第三者評価結果等についても透明性向上の点で公開の対象としたい。また、比較的高年齢層が予想される地域の実情から、紙媒体での広報の有効性も再検討されたい。</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 ・ ① ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>社会保険労務士の資格を持つ会計士が、毎月会計チェックを行って財務の適正管理を図っている。内部監査に関しては、法人内にチームを組織して実施し、内部牽制している。弁護士と顧問契約を結び、問題事案への対処やアドバイスを得ている。各種規程等は事務所で閲覧可能であるが、情報漏洩対策をした上で、ソフトのファイル管理機能を用いたネット閲覧を検討したい。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人理念や基本方針、さらに事業計画の中にも地域との連携について再三の表記がある。利用者の毎日の散歩や町内行事への参加等で、地域町内とは近い関係にある。また、作業で行うエコキャップの活動に関しては、地域の個人や団体からの提供もあり、良好な関係性が推測できる。</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 ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;  ボランティア受入れの手順書は整備され、受入れ体制も整っている。学生のインターンシップや行事の際のボランティアの受入れ実績はあるが、定期では受入れがないのが現状である。以前募集をしたことはあるが、応募はなかった。ホームページや関係団体へのアピール等、前向きに取り組んでボランティアとの交流機会を持つことで、利用者の社会性伸長につなげたい。</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	㉕ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;  市の社会福祉協議会、地域福祉推進員会、自立支援協議会（法人参加）とは、定期的に会合へ参加し、情報の共有や課題の検討等を行って連携を図っている。また、近隣法人とは共同研修や情報交換等を実施し、サービス向上に向け良好な関係である。</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	㉖ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;  自立支援協議会や特別支援学校、障害者育成会、相談支援事業所等との情報共有や協働活動により、様々な地域でのニーズを把握している。また、利用者説明会を年間2回実施し、直接的に利用ニーズを把握し、相談に応じている。</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 ・ ㉗ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;  エコキャップの回収を通じて地域とつながり、環境リサイクルに貢献している。防災面では福祉避難所として登録し、受入れを想定した体制を整えている。課題は、本番を想定したBCP（事業継続計画）の模擬訓練の実施と、実施による新たな課題への対策である。また、障害相談やセミナー開催といった事業所の障害者支援に関する専門性の地域還元等についても検討を望みたい。</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	①	・ b ・ c
<コメント> 法人理念は、職員の目に付くように施設内に掲示されている。職員会議で毎回読み上げることで、職員に周知されている。年度初めに法人理念に基づいて、自分は昨年度どうであったかの振り返りと、今年度どうしていくかを書面に起こし、上司に提出している。			
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
<コメント> 「プライバシー保護マニュアル」が完備されており、マニュアルに即して遂行されている。利用者には、入所時に行政との手続きや他事業所との連携のため「個人情報使用同意書」をとっており、ホームページや広報誌等で使用する写真については「肖像権使用同意書」をとっている。			
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
<コメント> ホームページには、活動の様子を紹介するブログやSNSがあり、見る者にとって視覚的に活動内容を分かりやすく説明している。ブログは職員が適宜更新をしており、新しい情報が掲載されている。見学者に配付するパンフレットは、写真を豊富に活用し、充実したものになっている。また、見学者から質問事項の多いものに対しては、Q&Aを作成して配布している。			
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
<コメント> 新規利用者の受入れについては、サービス管理責任者が窓口となり、活動説明資料を基に説明を行っている。「利用契約書」や「重要事項説明書」、個別支援計画の説明も丁寧に行っている。どの職員でも対応ができるように「新規受け入れ手順書」が整備されている。			
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	①	・ b ・ c
<コメント> 法人のスケールメリットを生かし、豊富なサービスがあることで利用者のサービス移行は円滑に行われている。高齢となる利用者が今後増えることが予測されるため、高齢者施設に移行するケースを想定した「高齢者施設への移行に関する手順」とチェックリストが準備されている。			
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	①	・ b ・ c
<コメント> 利用者から、聞き取り方式で利用者満足度調査を実施している。調査によって利用者から出てきた問題に対しては迅速に対応している。また、常時利用者からの要望・相談に対してはその都度対応しており、そのやり取りは「カイゼンシート」に落とし込んで書面で残している。			
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	・ ② ・ c
<コメント> 苦情を組織的に解決するために「苦情解決規程」が定められている。規程内に「苦情解決組織図」があり、事業所の玄関にも掲示され周知している。苦情受付担当者・苦情解決責任者・第三者委員と苦情対応の役割は明確にされている。苦情受けの様式も整えられており、苦情があったときの一連の流れは構築されている。課題は、苦情情報の公表である。			

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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者からの相談ごとは、希望に応じてプライバシーが保たれるように相談室等の個室を利用し聞き取りを行っている。聞き取ったことは「カイゼンシート」に記載して対応している。保護者からの要望や苦情までに至らない相談・意見ごとを受け付けた際は「希望・要望受付書」にて書面に残し、適宜対応している。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>半期に1度の面談や利用者満足度調査から、利用者の希望・要望を汲み取っている。汲み取った希望・要望の解決策については、サービス管理責任者、現場職員で組織的に解決に向けた取組みを行っており「カイゼンシート」に落とし込んでいる。</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 ・ ② ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「緊急時対応マニュアル」や「事故発生時対応手順書」を整備し、職員に周知している。事故発生時は迅速に上司に報告しており、「事故報告書」は業務効率化システムを活用して職員間で共有されている。ヒヤリハットの作成は少なく、今後はヒヤリハットから見えてくる原因分析と未然防止策の検討・実施を行い、安全・安心の向上を図りたい。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>コロナ禍以降も、事業所では1日3回の検温・手指消毒を続けており、感染症の早期発見・予防に努めている。「感染症対応マニュアル」が整備されており、職員に周知され定期的に見直しをしている。感染症対応の研修として、嘔吐物処置の研修を実施している。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>消防署に消防計画が提出されている。年2回避難訓練が実施されており、同時に消火訓練・通報訓練も行っている。「非常対策災害計画」や「避難確保計画」も策定されている。60人分の非常食も備蓄されており、「備蓄リスト」を作成して消費期限等も含めて管理している。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別の利用者支援内容については「生活支援実施表」に明記されており、職員間で共有し個別支援計画に反映されている。サービスの標準化として「ののみや職員行動規範」や「ののみや職員行動点検チェック表」が整えられており、行動規範によって職員の提供するサービスの均一化に努めている。また、行動点検チェック表を用いて年3回振り返る機会を設けている。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>年2回ある個別支援計画の更新時に利用者と面談を行い、利用者ニーズの聞き取り、ニーズ把握をしている。聞き取りをした内容については、個別支援計画へ反映させて「生活支援実施表」に落とし込み、常に新しい情報に更新して職員間で共有できるようにしている。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画策定の流れは手順書があり、職員に周知されている。アセスメント⇒「活動内容表」⇒保護者へに聞き取り⇒モニタリング（課題の明確化）⇒個別支援計画原案⇒検討会議（支援者・看護師の意見）⇒個別支援計画⇒同意、と一連の流れが策定されており、組織的な仕組みが定められている。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画の見直しは半年に1度行われている。利用者との面談を行い、半年間の振り返りと新しいニーズ把握に努めている。保護者への聞き取りも適宜行われている。評価・見直しは、サービス管理責任者・担当職員・看護師により、多角的に行われている。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所での福祉サービス実施状況は「サービス提供記録」に日々記録している。「サービス提供記録」は、担当支援者が利用者ごとに入力し、サービス管理責任者が確認している。また、「サービス提供記録」はネットワーク共有システム上に記録されるため、リアルタイムに更新され、職員間の共有ができています。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者に関わる記録の管理については「個人情報保護規程」により適切に管理されている。記録物の保存・廃棄についても「記録管理規程」により適切に保存・廃棄されている。また、利用者の個人情報については、事業所会議において個人情報保護に関する研修を行っており、職員がUSBメモリー等で持ち出さないようにしている。</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	①・b・c
<コメント> 半年に1度、面談時に利用者から活動のニーズを聞き取り、日々の活動に反映させている。余暇の時間では、SNSやDVD等の利用者の意向に即したサービスを提供している。学習の機会として、塗り絵や漢字ドリル等を選択する利用者もいる。毎日の「お茶会」では、ドリンク・お菓子の選択ができるようになっている。			

### 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	①・b・c
<コメント> 事業所として虐待防止・身体拘束適正化委員会を開催し、職員の権利擁護の知識と意識向上に努めている。また、外部研修に職員が参加する機会を設けたり、事業所内の内部研修では意思決定・意思形成・意思表出支援に関する研修を実施している。それらから学んだことを現場にフィードバックしており、支援の向上につなげている。			

### 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	①・b・c
<コメント> 個別の利用者支援を行うため、「生活支援実施表」を基に利用者一人ひとりの状況に合わせた支援が職員の共通理解をもって行われている。また、相談支援専門員が作成する「サービス等利用計画」の確認と相談を行い、障害特性を把握してサービスを提供している。			
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> 利用者個々の障害特性に合わせたカリキュラムにより支援を実施している。見通しを持つことで安心して生活できる利用者には、作業机にタイムスケジュールを掲示している。強度行動障害支援者養成基礎研修や実践研修を受講した職員を配置し、より専門的な支援を提供している。			

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> 利用者の意思・想いを吸い上げるための試みとして利用者満足度調査を実施し、調査から出てきた希望・要望に対して対処している。利用者が個別相談が行いやすいよう、相談室を使用する等して利用者に配慮している。また、相談相手も担当職員だけでなく、相談内容によりサービス管理責任者や管理者等が対応している。			
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	①・b・c
<コメント> 個別支援計画作成時に利用者から聞き取り調査を丁寧に行い、個別支援計画に利用者の意向を反映させている。半期ごとにモニタリングを行い、利用者の状況に合わせた計画変更を行っている。個別支援計画の実施状況は「サービス提供記録」に記録されており、職員間で共有されている。			
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> 専門的知識の習得のため、外部研修（身体拘束、強度行動障害支援者養成基礎研修・実践研修）に参加して知識の習得に努めており、参加者は現場にフィードバックすることで支援の質の向上につなげている。利用者個々の状態に合わせ、パーテーションや個室を活用して生活環境を整え、利用者の安心・安全に努めている。			

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	① a . b . c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>食事提供は、嗜好調査を実施して利用者の意向を汲み取って提供している。利用者の意向・健康状態に合わせて、刻み食や一口大にするなどの配慮をし、利用者にとって食べやすい状態で提供することができている。身体の保清についても、利用者一人ひとりのニーズを把握することで、個別にシャワー浴の支援を提供している。</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	① a . b . c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者間の相性に配慮し、障害特性を考慮した部屋配置になっている。強度行動障害者の支援の一環として、パーティションの活用や個室の活用など環境を整え対応をしている。活動内容もその時の利用者の情緒に配慮し柔軟な対応を行っている。</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	① a . b . c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>看護師の助言と指導の下、食事前の嚥下体操や日課の中でストレッチ・歩行訓練・棒体操等を提供し、機能訓練・生活訓練を行っている。また、機能訓練・生活訓練は、利用者個々のレベルに合わせて個別に実施されている。</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	① a . b . c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>嘱託医による月1回の回診が行われている。利用者の検温を登所時、11時30分、15時と1日3回実施し、月2回の体重測定・血圧測定を行っており、日々の利用者の健康状態を把握して体調管理に努めている。グループホーム利用者は、年1回の健康診断がある。</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	① a . b . c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎月嘱託医の回診が行われ、嘱託医による助言を「回診記録」として医療的支援に役立てている。看護師も日々の支援を「看護記録」として留めており、職員間で共有することができている。看護師は服薬ミスを防ぐため、個別で分かりやすいように仕切りBOXを活用し、事前に分けた上で服薬を支援している。</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	① a . b . c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>日帰り外出として、地域の水族館や公園等に行く機会を提供し、利用者満足につなげている。希望者には、地域のふれあいホールで開催されるクリスマスコンサート等の地域行事に参加する機会を設けている。また、希望利用者には余暇時間に折り紙や塗り絵をしたり、漢字の書取り（漢字ドリル）をする機会もある。</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	① a . b . c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の「自宅で住み続けたい」という希望に対し、家庭で課題となっている部分を個別支援計画に組み込んでいる。事業所としてできる薬の管理や入浴（シャワー浴）を提供し、地域で暮らす支援を行っている。在宅利用者に対しては、「入所登録書」にて法人内のグループホームや入所施設の希望を聞き取っている。</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> 朝・夕の送迎時に、職員は家族に直接様子が聞き取る機会があり、事業所と家族との情報共有を図っている。「連絡ノート」を活用し、利用者の日中活動の様子を毎日伝えることができている。利用者の家族会として「本人・家族の会」があり、法人との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		