

様式第1号

兵庫県福祉サービス第三者評価の結果

① 第三者評価機関名

K I S E K I 社会保険労務士法人

② 施設・事業所情報

名称：マーブル	種別：就労継続支援A型
代表者氏名：平田 琢朗	定員（利用人数）：20 名
所在地：神戸市垂水区本多聞3丁目5-23 本多聞ハイツ 202号	
TEL 078-328-3236	ホームページ： 株式会社アユート - Just another WordPress site
【施設・事業所の概要】軽作業（製造、梱包、清掃等	
開設年月日：2015年9月	
経営法人・設置主体（法人名）：株式会社 ayuto	
職員数	常勤職員：4 名
専門職員	非常勤職員：4 名 (専門職の名称) 名
施設・設備の概要	(居室数) 3 (設備等) 訓練室、相談室、多目的室

③ 理念・基本方針

経験と福祉の歴史を基盤にし、革新的スピリットの融合で常に挑戦し、機動的かつ柔軟なサービスと経営を推進する。
利用者への対応力と生産性を両立した技術と品質向上への飽くなき挑戦で福祉サービス業界の発展に貢献する。
社員の力を結集し、創造、支援、生産の一貫体制で社会に伍していくける企業を目指す。
危険予知を徹底して災害ゼロを目指す。

④ 施設・事業所の特徴的な取組

一般企業での就労を目指すためのスキルアップ、安定した雇用環境で就労経験を積む、社会参加を通じて生活の質を向上させる、ことを目的に支援プログラムを提供。実際の作業では、利用者の特性や能力に応じた業務を提供し能力開発を行っている。利用者のサポートとして、専門スタッフによる支援を受けながら働く環境を形成し、職業訓練やスキルアップを目指した指導を実施。利用される方が自立し日常生活または社会生活を営むことができるよう、就労の機会を提供をするとともに、その知識及び能力の向上のために必要な訓練その他の便宜を適切かつ効果的に行っている。

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和7年3月1日（契約日）～ 令和7年3月30日（評価結果確定日）
受審回数 (前回の受審時期)	1回（令和5年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

- 多様化している障がいのそれぞれに対応できる専門的な知識習得に向けての研修に積極的に取り組まれ、研修後には伝達講習を行なう等職員のスキルアップが行なわれています。
- 利用者の就労意欲を高める付加価値のある製品作りに対して意欲的に活動を始めようとされています。
- 理念・基本方針が明文化され、職員への周知はもとより、利用者や家族等にも事業計画として、わかり易く説明できる体制がとられています。

◇改善を求められる点

- 利用者個々のニーズに対応した個別支援計画が作成されています。より利用者の生活して行くまでの目標に結びつくような計画策定に期待します。特に、一般就労につながるような計画に策定に期待します。
- 未曾有の災害の危険性のある昨今において、緊急時の地域のニーズの把握や公益的な活動を推進に関してどう取り組むべきか新たな課題として取り組まれる事に期待します。また、利用者のストレス面に対しての対応についても、対応に期待します。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

評価の判断基準、着眼点の項目に沿って、それに基づき自己評価を行い、この度の第三者評価に臨みました。「a」評価を頂いた項目に関しましては、さらにより良いサービスの質の向上を目指し向上させていきます。また、「b」評価の項目につきましては、今回いただいたいくつかの指摘事項を改善の機会ととらえ、課題を明確化して、職員全員で検討を重ね、より良いサービスの提供に努めていきたいと思います。今後もご利用者やご家族、地域のニーズに応えていくことのできる事業所づくりに取り組んでいきます。ありがとうございました。

⑧各評価項目に係る第三者評価結果

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。

(別紙)

第三者評価結果

※すべての評価細目について、判断基準（a・b・c の 3 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。

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。		
<p>〔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。</p> <p>〔2〕 <コメント> 法人理念から施設理念、施設方針を作成し、事業計画にも掲載し、基本的な姿勢を明確にされています。 利用者については事業計画の説明の折に、わかりやすい言葉に置き換え、きめ細やかな説明が行なわれています。また、説明を求められた際には隨時説明できる体制があります。</p>		
(a) a・b・c		

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。		
<p>〔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。</p> <p>〔3〕 <コメント> 事業経営の安定のため、毎月、各会議（全体会議、運営会議）より意見の吸い上げを行い、稼働状況や収支状況の把握を行っておられます。運営会議での内容は都度全体会で職員に報告、共有されています。</p>		
(a) a・b・c		
<p>〔3〕 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。</p> <p>〔4〕 <コメント> 経営状況や課題について法人内で分析されています。経営状況、収支状況、稼働率、利用者状況について毎月運営会議にて分析し、課題を明確にされています。</p>		
(a) a・b・c		

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。		
<p>〔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。</p> <p>〔5〕 <コメント> 法人理念、施設理念、施設方針を基に、中・長期計画は策定されています。中・長期計画（5年後まで）は、数値目標や具体的な成果等の設定が行なわれています。数値目標が達成できるよう、新しい作業の開拓にも取り組まれています。</p>		
(a) a・b・c		
<p>〔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。</p> <p>〔6〕 <コメント> 中・長期計画に沿って事業計画は策定されています。単年度目標は稼働目標、収支計画についても数値目標や具体的な成果等の設定が行なわれています。</p>		
(a) a・b・c		

I - 3 - (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。	a • b • c
〈コメント〉 事業計画をもとに各部署にて目標設定し、定められた手順（品質方針・品質目標管理手順）に沿って進捗状況の確認と評価が行われています。職員には全体会議等で周知が図られています。		
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。	a • b • c
〈コメント〉 利用者については事業計画を分かりやすい言葉に置き換え、利用者へ説明を実施しておられます。説明を求められた際には説明できる体制があります。口頭のみの説明ですので、個々の特性に応じた、より理解しやすい工夫について取り組まれることに期待します。		

I - 4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

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。		
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。	a • b • c
〈コメント〉 自己サービス評価の仕組みを活用し、各部署の評価と見直しをされています。また、福祉サービス第三者評価を受審され、組織的に評価を行う体制が整備されています。法人内には内部サービス評価委員会が設置されており、施設ごとに評価をし、サービス改善に取り組む仕組みがあります。		
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。	a • b • c
〈コメント〉 自己サービス評価に基づく改善計画の実施と評価・見直しがサービス向上委員会を中心に実施されています。改善計画等は課会議・各会議等で話し合われ、結果については会議録を回覧し、情報の共有化が図られています。		

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。		
10	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。	a • b • c
〈コメント〉 管理者の役割・責任については、業務分掌があり文書化されています。全体会で方針と取り組みについて明確にされ、周知が図られています。		
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。	a • b • c
〈コメント〉 施設方針に「コンプライアンスの徹底」があり、遵守すべき法令等を認識しておられます。虐待防止につ		

いては虐待防止委員会を中心に取り組んでおられ、外部研修への参加も積極的にされており、昨年度は外部の虐待防止研修への参加もされました。

II-1-(2) 管理者のリーダーシップが發揮されている。

- | | | |
|----|---|--|
| 12 | II-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力と発揮している。 | <input checked="" type="radio"/> a · b · c |
|----|---|--|

〈コメント〉

内部監査、外部監査、行政実地指導等で課題を把握し、改善に向けて取り組んでおられます。資格取得を含め、内部・外部研修への参加等でサービスの質の向上に努めておられます。監査等で課題分析をされ、運営会議や全体会の機会を通して発信をされています。

- | | | |
|----|---|--|
| 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。 | <input checked="" type="radio"/> a · b · c |
|----|---|--|

〈コメント〉

毎月の収支状況を報告し、運営会議にて経営状況について報告、分析を行っておられます。運営会議の結果は全体会や各課会議、業務引き継ぎ、回覧で伝えておられます。

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。

- | | | |
|----|---|--|
| 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。 | <input checked="" type="radio"/> a · b · c |
|----|---|--|

〈コメント〉

必要な人材の確保は法人本部にて一括募集・採用が行われ、適性に合わせて管理されています。人事ヒアリングで適切な職員配置を検討され、サービス提供に必要な人材の確保に努めておられます。現在事業運営に必要な人材の確保はされています。

- | | | |
|----|-----------------------------|--|
| 15 | II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。 | <input checked="" type="radio"/> a · b · c |
|----|-----------------------------|--|

〈コメント〉

期待する職員像も法人で明確化されています。法人の定める人事制度があり、それに基づいて管理されています。年3回の面接、毎年自己目標の設定、定期的な振り返りやフィードバックをされ人事管理が行われており、就業規則・人事考課規程に基づき実施されています。人材育成に関しては各階層ごとの研修が行われています。

II-2-(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、働きやすい職場づくりに取組んでいる。 | <input checked="" type="radio"/> a · b · c |
|----|--|--|

〈コメント〉

身上報告書にて本人の希望が把握されており、ワークライフバランスに配慮し、家庭の事情にも対応しておられます。勤務希望を反映するなどの対応がなされています。就労環境の確認や職員の体調確認もされています。また、ストレスチェックの実施も取り組む予定です。就業規則で、家庭と仕事の両立のできる「雇用形態」の選択ができる仕組みがあり、育児介護休業規程もあり、希望により取得可能となっています。

II-2-(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。 | <input checked="" type="radio"/> a · b · c |
|----|------------------------------------|--|

〈コメント〉

期待する職員像も法人で明確化されています。職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が行われております、定期的に上司との面接も行われています。目標面接時に個々の希望や求められる資格を確認され、必要な研修への参加を促しておられます。

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。

a b c

〈コメント〉

研修計画に基づき研修が実施されています。法人の求める職員像を明確にされており、多様化する障害に対応するための専門的な研修や法人内研修、施設内研修に積極的に参加され、人材育成が図られています。

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。

a b c

〈コメント〉

法人内研修・外部研修・施設内研修など一人ひとりに研修の機会が設けられており、個々の研修終了簿もあり、必要な研修へ参加を促しておられます。法人階層別研修、職種別の研修も実施されており、外部研修情報は周知されております。新人・異動職員にはOJTでの研修の仕組みがあります。

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。

20

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。

a b c

〈コメント〉

コメント> 実習生の受け入れは定期的に行っておられます。受入れマニュアルが整備され、実習生受け入れにあたり事前説明やオリエンテーションが実施され、実習計画を作成し対応されています。実習期間中も学校と連携を取りながら対応されています。実習生の受け入れが現在限定的な為、実習プログラムはテンプレートを使っておられます。今後実習プログラムのバリエーションを増やされることを期待します。

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。		
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。	a <input checked="" type="radio"/> b <input type="radio"/> c
<コメント>		
法人のホームページなどにて情報公開が行われています。 法人のホームページでは、理念・基本方針・事業計画・第三者評価結果、スコア表が公開されています。		
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。	a <input type="radio"/> b <input checked="" type="radio"/> c
<コメント>		
税務監査を実施されています。事務・経理・取引等ルール化されておりますが、第三者監査を導入すると更なる透明性が増すでしょう。		

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。		
23	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。	a <input type="radio"/> b <input checked="" type="radio"/> c
<コメント>		
コロナ後に事業所や利用者への理解を求める取り組みの機会が戻りました。 地域との交流に力を入れております。		
24	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。	a <input type="radio"/> b <input checked="" type="radio"/> c
<コメント>		
ボランティア受け入れの手順があり、明文化されており、ボランティア受け入れの際は、個人情報保護についても説明され遵守されています。		
II-4-(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。	a <input type="radio"/> b <input checked="" type="radio"/> c
<コメント>		
相談支援事業所、警察、消防署等、利用者を取り巻く関係機関や緊急連絡場所のリストが作成されています。 必要時に応じて関連機関とケア会議を開催して、支援方法などの連携が図られています。		
II-4-(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。	a <input type="radio"/> b <input checked="" type="radio"/> c
<コメント>		
事業所単独として、就労継続が目的の事業所であり難しい面があります。		
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。	a <input type="radio"/> b <input checked="" type="radio"/> c
<コメント>		
災害時の避難所として市と提携されていますが、地域ニーズの吸い上げが難しく、活発な活動は難しい状況です。		

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。		
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もつための取組を行っている。	<input checked="" type="radio"/> a <input type="radio"/> b <input type="radio"/> c
＜コメント＞ 施設方針にて明文化され、支援の手引きや資料を全職員へ配布し、倫理綱領・規程等いつでも見られるようにされています。コンプライアンス研修や人権研修が行われ、年2回虐待の芽チェック調査を実施し虐待防止についての取り組みも行われています。		
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が行われている。	<input checked="" type="radio"/> a <input type="radio"/> b <input type="radio"/> c
＜コメント＞ 職務規程があり、職員への周知に努めておられます。利用者や家族等へは、虐待防止、身体拘束、プライバシー保護等の取扱いについて、利用開始時、利用契約書、重要事項説明書を用いて説明を行い、同意を得ておられます。利用者のプライバシーを守れる環境については、現在のハード面でできる限りの環境への配慮が取られています。(スクリーン、パーテーションの導入や作業場所、休憩場所等) 利用者個別の対応が行なわれています。		
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。		
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。	<input checked="" type="radio"/> a <input type="radio"/> b <input type="radio"/> c
＜コメント＞ 施設パンフレットは写真等を多く取り入れる等、分かりやすい工夫をされています。施設パンフレットは、関係機関へ配布されています。利用希望者には個別に説明をされ、随時、見学 体験利用等の希望にも対応しておられます		
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。	<input checked="" type="radio"/> a <input type="radio"/> b <input type="radio"/> c
＜コメント＞ サービス開始時には、手順書「利用受入れ手順」に従い、契約書を作成し、重要事項説明書、個別支援計画の内容について説明が行なわれ、利用者・家族の同意を得て書面で残しておられます。サービス変更時に於いても、個別支援計画の変更点等について説明を行い、同様に利用者・家族の同意を得て書面で残しておられます。意思決定が困難な利用者への場合も手順に則って、個別に対応が行なわれています。		
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。	<input checked="" type="radio"/> a <input type="radio"/> b <input type="radio"/> c
＜コメント＞ 長期入院や施設変更による退所の場合は施設の情報を提供し、サービス提供に影響がないようにされています。事業所移行の場合は、相談支援事業所に情報提供を行ない担当者会議等で連携が図られ、サービス継続ができるようにされています。変更、移行の場合でサービス利用が終了しても相談できる仕組みを整えておられており、サービス終了後の相談方法や担当者等の情報提供が行なわれています。連絡等は重要事項説明書に記載されている連絡先を利用されています。		
III-1-(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。	<input checked="" type="radio"/> a <input type="radio"/> b <input type="radio"/> c
<コメント>		
アセスメント時にも、意向・希望等の聞き取りを行ない個別支援計画に反映しておられます。毎日の朝会に於いても、利用者の意見を聞く機会が設けられています。顧客満足度調査を実施され、調査で把握した結果を分析・検討・改善・向上に努めておられます。家族会の開催などで家族の意見を確認する機会を設けると効果的です。		
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。	<input checked="" type="radio"/> a <input type="radio"/> b <input type="radio"/> c
<コメント>		
福祉サービス苦情解決処理を手順書により対処できる体制が整備されています。苦情解決責任者、苦情対応者や第三者委員を施設内に掲示し明確にされ、重要事項説明書にも記載があり、利用開始時に本人・家族への説明をされています。施設内には意見箱の設置がされて、利用者からの意見や苦情が出しやすい工夫をされています。		

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。	<input checked="" type="radio"/> a · b · c
〈コメント〉		
	相談機会を隨時設け、利用者の声を聞く体制が取られており、聞き取りは担当職員ではなく、サービス管理責任者も担当され、利用者の意見・相談を聞いておられます。カンファレンスや個別相談にも都度意見を聞き対応されています。	
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。	<input checked="" type="radio"/> a · b · c
〈コメント〉		
	利用者からの相談や意見を受けた際の対応マニュアルが整備されています。顧客満足度調査、相談や意見箱等を通して利用者の意見・要望等を把握し、改善に向けた取り組みをされています。職員に直接頂いた意見、相談等も必ずすべての記録に残し、社長に報告される体制で、必要な場合には全体会議等でも検討され、対応されます。解決に時間がかかる場合はその旨を伝えられています	
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。		
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。	<input checked="" type="radio"/> a · b · c
〈コメント〉		
	リスクマネジメントに関する責任者が配置され、事故発生時の対応と安全確保についてのマニュアルも策定されています。BCPも完備しておられます。また、ヒヤリハットや施設内で発生した事故について報告し、水平展開等と再発予防に向けた取り組みが行なわれています。施設管理マニュアル内に緊急対応マニュアルがあり、年度当初に見直しもされています。	
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。	<input checked="" type="radio"/> a · b · c
〈コメント〉		
	BCPが策定され、感染対策に関して責任と役割を明確にした管理体制・マニュアルが整備されております。予防や安全確保に関する勉強会等も開催されています。感染対策フローチャートもあり、感染対策が徹底されております。感染を未然に防ぐ取り組みとして、消毒の実施、手洗いチェックの実施、食中毒予防研修等が行なわれています。換気にも気を付け定期的な空気の入れ替えをされています。	
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。	<input checked="" type="radio"/> a · b · c
〈コメント〉		
	BCP(災害対策マニュアル)、消防計画を整備し実施されています。防災訓練は年2回実施されており、地震・火災を想定で行なわれています。通所施設ですが、独居の方もあるので災害時の状況に応じて対応できるように食料の備蓄も行なわれています。	

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。		
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。	<input checked="" type="radio"/> a <input type="radio"/> b <input type="radio"/> c
＜コメント＞ 福祉サービスに関する標準的な実施方法が手順書によりマニュアル化されており、職員の採用や異動があっても誰でも同じサービスできるように努めておられます。個別の支援については個別支援計画が作成され、計画に基づいた支援が行われています。研修は階層別研修やOJTシステムを活用されており、面接時に職務基準書に基づいて指導が行なわれています。		
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。	<input checked="" type="radio"/> a <input type="radio"/> b <input type="radio"/> c
＜コメント＞ マニュアル類の点検が年1回、行なわれ必要な場合は見直しが行なわれます。変更点については、社長が確認された後に回覧等で周知がなされています。個別支援計画については、「個別支援計画作成・変更手順」に沿って実施されており、定期的な見直し、カンファレンスが実施されています。		
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。		
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。	<input checked="" type="radio"/> a <input type="radio"/> b <input type="radio"/> c
＜コメント＞ アセスメントから計画策定、実施、評価、見直しと一連のプロセスをサービス管理責任者が管理して実施されています。個別支援計画書については、個別支援計画作成・変更手順に基づき本人・家族の意向を確認しながら作成されています。		
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。	<input checked="" type="radio"/> a <input type="radio"/> b <input type="radio"/> c
＜コメント＞ 個別支援計画書の評価・見直しについては、個別支援計画作成・変更手順に基づき 本人・家族の意向を確認しながら作成されています。モニタリングは毎月、カンファレンスは6ヶ月ごとに行ない、サービス管理責任者が管理し、6ヶ月に1回評価・見直しが実施されています。状態変化等見られた場合には、必要に応じてカンファレンスを行い、随時変更が見直しが行なわれることとなっています。		
III-2-(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なわれ、職員間で共有化されている。	<input checked="" type="radio"/> a <input type="radio"/> b <input type="radio"/> c
＜コメント＞ 法人が定めたルール及び統一した記録様式が用意され、それに基づきアセスメント票・サービス経過等の記録が行なわれています。日々の実施状況が記録されており、毎月の支援状況についても確認されています。共有化が必要な情報は会議で伝達されたり、回覧を活用する仕組みがあります。		
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。	<input checked="" type="radio"/> a <input type="radio"/> b <input type="radio"/> c
＜コメント＞ 記録の保管・保存・廃棄については、品質記録リストに明記されています。利用契約書や重要事項説明書の中の法人の定めるプライバシーポリシーにより個人情報の取り扱いが明示されており、利用者・家族にも説明が行なわれています。記録管理の責任者は決め、実施しております。		

評価対象A 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		
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。	(a) <input checked="" type="radio"/> b <input type="radio"/> c
A-1-(2) 権利擁護		
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。	(a) <input checked="" type="radio"/> b <input type="radio"/> c

特記事項

年に2回のアセスメントを実施し、エンパワメントの視点を考慮した個別支援計画書の作成、個別支援を行っておられます。アセスメント時には本人だけでなく、家族、後見人等関係者からも聞き取りを行っておられます。個々の特性に合わせたコミュニケーションや意思確認、環境調整が行われています。職員は研修に参加され、利用者の権利について理解共有できるように努めておられます。

虐待防止対応手順が明確にされています。虐待の定義を明確にし、虐待防止についての対応・体制も整えておられます。施設内にて虐待防止責任者を決定し、虐待防止の取組みを行っておられます。虐待防止の啓発（研修の実施、年2回のチェックリストの活用）に努めておられます。身体拘束に対しては、「身体拘束廃止の適正化への取組み手順」にて職員に周知し徹底されています。

A-2 生活支援

		第三者評価結果
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。	(a) <input checked="" type="radio"/> b <input type="radio"/> c
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。	(a) <input checked="" type="radio"/> b <input type="radio"/> c
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。	(a) <input checked="" type="radio"/> b <input type="radio"/> c
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。	a <input checked="" type="radio"/> (b) <input type="radio"/> c
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。	(a) <input checked="" type="radio"/> b <input type="radio"/> c
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。	(a) <input checked="" type="radio"/> b <input type="radio"/> c
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。	(a) <input checked="" type="radio"/> b <input type="radio"/> c
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。	(a) <input checked="" type="radio"/> b <input type="radio"/> c
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。	(a) <input checked="" type="radio"/> b <input type="radio"/> c

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。	<input checked="" type="radio"/> a · b · c
	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。	<input checked="" type="radio"/> a · b · c
	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。	a · <input checked="" type="radio"/> b · c
	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。	<input checked="" type="radio"/> a · b · c

特記事項

個別支援計画を定期的に見直し、個々の活動の変化等も内容に反映されています。希望に沿った作業変更等もを行い、利用者が選択できるように配慮されています。例年、行事や余暇活動の案内を配布されていますが、コロナ後には、レクリエーション、余暇活動、地域での活動の機会が持つつあります。

A-3 発達支援

		第三者評価結果
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。	a · b · c

特記事項

該当なし

A-4 就労支援

		第三者評価結果
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。	<input checked="" type="radio"/> a · b · c
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。	a · <input checked="" type="radio"/> b · c
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。	<input checked="" type="radio"/> a · b · c

特記事項

利用者の障がい特性に合わせた作業内容を検討し提供されています。作業内容の細分化、作業道具の作成等の工夫を行い提供しておられます。利用者にとって安全で安心した作業環境を目指し、整理整頓を行い事故の防止に努め、環境整備を随時行っておられます。毎月の会議にて各作業場ごとに環境改善報告が行なわれ、利用者対応が行なわれています。一部の作業では内容・工程等計画を立てにくいものもあり、職員が主になって行っており、利用者と作成は難しい面もあります。