

[様式 9 - 1]

## 福祉サービス等第三者評価結果

## 総合評価

|       |                |      |                               |
|-------|----------------|------|-------------------------------|
| 受診施設名 | 天ヶ瀬ワークスあすなろ    | 施設種別 | 生活介護、就労継続支援 A 型<br>就労継続支援 B 型 |
| 評価機関名 | 一般社団法人京都社会福祉士会 |      |                               |

令和 8 年 6 月 22 日

|            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 総 評        | <p>社会福祉法人不動園は、昭和 4 8 年 1 1 月 3 0 日に認可を受けてから、保育・障害・高齢分野へ事業を広げ、地域に根差した福祉を展開してきました。昭和 6 0 年 4 月 1 日、障害福祉サービスを基盤に、法人内に天ヶ瀬学園が開設され、その後、名称変更がなされ、「天ヶ瀬ワークス あすなろ」となり、現在は、生活介護と就労継続支援 A 型・同 B 型を担う事業所となっています。</p> <p>本事業所では、法人理念である「共感と信頼」を大切にし、利用者一人ひとりの個性、意思、社会参加を尊重する支援を心がけています。また、事業所の特色として、紙袋加工、空き缶再生、野菜栽培、菓子製造、パン製造、清掃、警報機解体など、多様な作業機会を提供していることが挙げられます。</p> <p>このような中、利用者はやりがいをもって、仕事に取り組んでいます。また地域のバザーに参加したり、関連施設で実施している喫茶店に協力したりするなど、地域との関係づくりを大切にしています。最近では、厚生労働省が示している「生産性向上ガイドライン」に基づき、業務改善委員会を運営し、「現場課題の見える化」を実施するなど、業務改善を図っています。</p> |
| 特に良かった点(※) | <p>○計画の充実</p> <p>中長期経営計画を策定し、5 年間の方向性を明確にしたうえで、法人の年間アクションプランや事業所の単年度計画へ具体化しています。計画には数値目標や具体的な成果が明記されており、中長期の方針を単年度の実践に落とし込む仕組みが整えられています。特に評価できるのは、毎月、中長期経営計画会議が実施され、計画の進捗確認等を行っているほか、必要に応じて見直しを行うなど、計画を作成して終わらせない運用がなされている点です。これに加えて、職員面談や日々のミーティングで把握した課題を主任・副主任会議等で集約し、次の計画策定や見直しに反映している点も評価できます。</p> <p>○第三者評価に基づく改善の取り組み</p> <p>第三者評価結果を分析・検討し、「第三者評価総括」として文書化し、改善策を整理したうえで、中長期経営計画会議の中で計画的に改善を進めています。また評価結果は、職員に配布され、ミーティング等でも共有されており、組織全体で改善課題を確認する取り組みもなされています。このように、第三者評価を、サービスの質の向上に結び付けている点が高く評価できます。</p>                     |

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                           | <p>○組織的・継続的な人材育成</p> <p>ホームページや事業所内の掲示、職員が携帯するカードに「望ましい職員像」を明示し、職員が目指す姿を日常的に確認できるようにしています。また、法人全体で人事考課制度を運用し、職員の等級ごとに「スキルアップ支援シート」を整備することで、職員の成長段階に応じた育成を行っています。年2回の面談では、職員の自己評価と管理者評価を踏まえ、「スキルアップ支援シート」に基づく目標管理が行われています。さらに、「中堅職員スーパービジョン」など個別の育成支援も実施されており、組織的・継続的な人材育成の仕組みが整っています。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <p>特に改善が<br/>望まれる点(※)</p> | <p>○マニュアルの整備と職員への周知</p> <p>マニュアルについて、整備されていないもの、整備されているものの内容が不十分なもの、定期的な見直しが実施されていないもの、職員への周知が不十分なものが散見されました。必要なマニュアルを策定することはもちろん、単にマニュアル作成にとどまるのではなく、その内容を定期的に確認し、実態に即した充実した内容にしていくこと、研修などを通じて職員に周知することも併せて検討し、各マニュアルを最大限活かしながら、利用者に対する支援の質の向上を図ることもご検討ください。</p> <p>○利用者アンケートの不実施</p> <p>利用者や、利用者の家族に対して、定期的に満足度を調査し、これを分析することは、利用者のニーズを適切に把握し、これを支援につなげることができるようになるだけでなく、事業所が抱える業務課題などを適切に把握できることもあります。利用者や、その家族ごとに、意向を伝えやすい方法は異なりますので、現在実施している方法だけでなく、利用者アンケートを行ってみてはいかがでしょうか。</p> <p>○感染症対策について</p> <p>感染症対策については、日常的な手洗い・うがいの徹底や、利用者の家族が罹患した場合の個別対応など、その都度必要な対応が行われています。一方で、感染症発生時の対応手順、役割分担、家族・関係機関への連絡方法等を整理した総括的なマニュアルの整備が不十分です。また、職員が共通理解のもとで対応できるよう、感染症対策に関する定期的な研修や訓練を実施することが望まれます。</p> |

※それぞれ内容を3点程度に絞って掲載しています。評価項目毎のコメントは「評価結果対比シート」の「自由記述欄」に記載しています。

# 京都府福祉サービス等第三者評価事業

[様式9-2]

## 【障害事業所版】 評価結果対比シート

|       |                        |
|-------|------------------------|
| 受診施設名 | 天ヶ瀬ワークスあすなろ            |
| 施設種別  | 生活介護、就労継続支援A型、就労継続支援B型 |
| 評価機関名 | 一般社団法人京都社会福祉士会         |
| 訪問調査日 | 2026/3/23              |

## I 福祉サービスの基本方針と組織

| 評価分類                                                                                                                                                  | 評価項目                           | 通番 | 評価細目                      | 評価結果 |       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----|---------------------------|------|-------|
|                                                                                                                                                       |                                |    |                           | 自己評価 | 第三者評価 |
| I-1<br>理念、基本方針                                                                                                                                        | I-1-(1)<br>理念、基本方針が確立・周知されている。 | 1  | ① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。 | b    | b     |
| [自由記述欄]                                                                                                                                               |                                |    |                           |      |       |
| 1. 理念・基本方針は、事業所内に掲示されているほか、ホームページ、パンフレット等に明示しています。職員に対しては、入職時説明や、職員が業務中に携帯するカードに理念、基本方針を掲載することなどにより、理解促進を図っています。ただし、利用者への継続的な説明や、分かりやすい資料による周知は不十分です。 |                                |    |                           |      |       |

| 評価分類                                                                                                                                                                                          | 評価項目                           | 通番 | 評 価 細 目 |                                      | 評価結果 |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----|---------|--------------------------------------|------|-------|
|                                                                                                                                                                                               |                                |    |         |                                      | 自己評価 | 第三者評価 |
| I-2<br>経営状況の把握                                                                                                                                                                                | I-2-(1)<br>経営環境の変化等に適切に対応している。 | 2  | ①       | 法人として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。 | a    | a     |
|                                                                                                                                                                                               |                                | 3  | ②       | 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。              | a    | a     |
| 【自由記述欄】                                                                                                                                                                                       |                                |    |         |                                      |      |       |
| 2. 宇治市地域自立支援協議会、宇治市施設連絡協議会などに参加し、地域の動向や福祉サービスの現況を把握・分析しています。毎月の会議で利用率等を確認し、把握した内容を事業計画にも反映しています。<br>3. 法人の中長期経営計画会議を毎月実施するなどして、経営課題を明確にして具体的な取組を進めています。役員には定期的に経営状況を報告し、利用者数等について職員にも周知しています。 |                                |    |         |                                      |      |       |

| 評価分類                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 評価項目                               | 通番 | 評価細目                                        | 評価結果 |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|----|---------------------------------------------|------|-------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                    |    |                                             | 自己評価 | 第三者評価 |
| I-3<br>事業計画の策定                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | I-3-(1)<br>中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。 | 4  | ① 法人として中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。          | a    | a     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                    | 5  | ② 中・長期のビジョンを踏まえた単年度の計画が策定されている。             | a    | a     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | I-3-(2)<br>事業計画が適切に策定されている。        | 6  | 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    | a     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                    | 7  | ② 事業計画は、障害のある本人等に周知され、理解を促している。             | a    | b     |
| 【自由記述欄】                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                    |    |                                             |      |       |
| 4. 第2次中長期経営計画（2025年4月から5年間計画）を策定しています。毎月の中長期経営計画会議で進捗確認を行い、見直しの機会も設けられています。<br>5. 中長期計画を踏まえて、法人の単年度の年間アクションプランや施設の単年度計画を策定しています。それぞれに、数値目標や具体的な成果等を明記しています。<br>6. 職員面談や日々のミーティングなどを通じて課題を把握し、主任・副主任会議等を通じて意見を集約したうえで、事業計画の策定に反映しています。年度初めには職員会議等で事業計画を説明し、職員への周知も行っています。<br>7. 事業計画にはルビを振ったうえで、保護者会等で家族に説明するなど、周知への工夫が見られます。ただし、利用者本人への説明は不十分です。 |                                    |    |                                             |      |       |

| 評価分類                                                                                           | 評価項目                                  | 通番 | 評価細目                                        | 評価結果 |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----|---------------------------------------------|------|-------|
|                                                                                                |                                       |    |                                             | 自己評価 | 第三者評価 |
| I-4<br>福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組                                                                 | I-4-(1)<br>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  | 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     |
|                                                                                                |                                       | 9  | ② 評価結果に基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    | a     |
| [自由記述欄]                                                                                        |                                       |    |                                             |      |       |
| 8. 中長期経営計画会議で第三者評価の結果を分析・検討し、サービス向上に結び付けています。評価結果を職員に配布し、ミーティング等で共有しています。年1回以上の自己評価が実施されていません。 |                                       |    |                                             |      |       |
| 9. 第三者評価の結果を「第三者評価総括」として文書化し、改善策の整理を行っています。中長期経営計画会議の中で改善への取組を計画的に進めています。                      |                                       |    |                                             |      |       |

## Ⅱ 組織の運営管理

| 評価分類                  | 評価項目                            | 通番 | 評価細目                                     | 評価結果 |       |
|-----------------------|---------------------------------|----|------------------------------------------|------|-------|
|                       |                                 |    |                                          | 自己評価 | 第三者評価 |
| Ⅱ-1<br>管理者の責任とリーダーシップ | Ⅱ-1-(1)<br>管理者の責任が明確にされている。     | 10 | 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。       | b    | b     |
|                       |                                 | 11 | 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。           | b    | b     |
|                       | Ⅱ-1-(2)<br>管理者のリーダーシップが発揮されている。 | 12 | ① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組にリーダーシップを発揮している。 | a    | a     |
|                       |                                 | 13 | ② 経営の改善や業務の実行性を高める取組にリーダーシップを発揮している。     | a    | a     |

## 〔自由記述欄〕

10. 職員マニュアルや「業務分掌について」により、管理者の役割と責任を文書化しています。年度初めのミーティングなどで、施設長の方針を示す機会も設けられています。しかし、災害や事故などの有事における管理者の責任と役割についての定めが不十分です。

11. 管理者研修への参加や法人からの法令情報の配布により、法令理解に取り組んでいます。しかし、法令のリスト化や職員への体系的な周知・遵守の取組は不十分です。

12. 施設長が中長期経営計画会議に参加し、福祉サービスの現状を継続的に評価・分析しています。施設内研修や勉強会、外部研修への参加により、質の向上に向けた取組が行われています。

13. 中長期経営計画会議や主任・副主任会議に参加し、経営改善と業務の実効性向上に積極的に取り組んでいます。職員からの意見をもとに、現場職員の事務時間の確保、タブレット導入、会議録の共有を実現するなど、個々の職員の意見を反映した改善が見られます。

| 評価分類              | 評価項目                                     | 通番 | 評価細目                                       | 評価結果 |       |
|-------------------|------------------------------------------|----|--------------------------------------------|------|-------|
|                   |                                          |    |                                            | 自己評価 | 第三者評価 |
| Ⅱ-2<br>福祉人材の確保・養成 | Ⅱ-2-(1)<br>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 | 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。 | a    | a     |
|                   |                                          | 15 | ② 総合的な人事管理が行われている。                         | a    | a     |
|                   | Ⅱ-2-(2)<br>職員の就業状況に配慮がなされている。            | 16 | 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。       | a    | a     |

## 〔自由記述欄〕

14. 「人材育成計画書」と「年間研修計画」を毎年策定し、人材確保・育成の仕組みを整備しています。福祉フェアへの参加、資格取得支援、研修費用等の負担により、職員育成を支援しています。

15. ホームページや事務所内の掲示、職員が携帯するカードに「望ましい職員像」を記載しています。法人全体で人事考課制度を運用し、職員の等級ごとに「スキルアップ支援シート」を整備しています。年2回の面談により、「スキルアップ支援シート」に基づく職員の自己評価と管理者評価を踏まえた人事考課を行っています。

16. 有給休暇や時間外労働の状況を施設長が把握し、職員との面談のなかで、職員の就業に関する希望や意向の確認を行っています。

| 評価分類              | 評価項目                                           | 通番 | 評価細目                                              | 評価結果 |       |
|-------------------|------------------------------------------------|----|---------------------------------------------------|------|-------|
|                   |                                                |    |                                                   | 自己評価 | 第三者評価 |
| Ⅱ-2<br>福祉人材の確保・養成 | Ⅱ-2-(3)<br>職員の質の向上に向けた体制が確立されている。              | 17 | ① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。                         | a    | a     |
|                   |                                                | 18 | 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    | a     |
|                   |                                                | 19 | 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    | a     |
|                   | Ⅱ-2-(4)<br>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 | ① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。 | b    | b     |

## 〔自由記述欄〕

17. 「スキルアップ支援シート」を用いて、個別面談で、職員一人ひとりの目標管理が行われています。特定の職員に対して、「中堅職員スーパービジョン」を実施するなど、個別の育成に向けた取組も実施しています。

18. 「年間研修計画」を毎年策定し、年度末に評価・見直しを行う仕組みがあります。キャリアパスの中で必要な研修や資格、求められる職員像を明示しています。

19. 職員の保有資格や参加済みの研修を把握し、階層別・職種別・テーマ別研修を実施しています。外部研修についても職員に案内し、希望者が参加できる機会を確保しています。

20. 「実習・介護体験学生に対する基本方針」を定め、受入れの基本姿勢を明確にしています。しかし、実習指導者研修は実施されていません。

| 評価分類                                                                        | 評価項目                                | 通番 | 評価細目 |                                  | 評価結果 |       |
|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----|------|----------------------------------|------|-------|
|                                                                             |                                     |    |      |                                  | 自己評価 | 第三者評価 |
| Ⅱ-3<br>運営の透明性の確保                                                            | Ⅱ-3-(1)<br>運営の透明性を確保するための取組が行われている。 | 21 | 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    | a     |
|                                                                             |                                     | 22 | 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。 | b    | a     |
| [自由記述欄]                                                                     |                                     |    |      |                                  |      |       |
| 21. 法人理念や中長期計画、決算状況について、ホームページや広報誌の「あすなろ通信」で公開しています。「あすなろ通信」はバザーなどで配布しています。 |                                     |    |      |                                  |      |       |
| 22. 毎年、法人監査に加えて内部監査（法人の理事長・理事等が各事業所に対して実施）を実施しています。                         |                                     |    |      |                                  |      |       |

| 評価分類                                                                                                                                                             | 評価項目                            | 通番 | 評価細目 |                                              | 評価結果 |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----|------|----------------------------------------------|------|-------|
|                                                                                                                                                                  |                                 |    |      |                                              | 自己評価 | 第三者評価 |
| Ⅱ-4<br>地域との交流、地域貢献                                                                                                                                               | Ⅱ-4-(1)<br>地域との関係が適切に確保されている。   | 23 | ①    | 障害のある本人と地域との交流を広げるための取組を行っている。               | a    | a     |
|                                                                                                                                                                  |                                 | 24 | 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。           | a    | a     |
|                                                                                                                                                                  | Ⅱ-4-(2)<br>関係機関との連携が確保されている。    | 25 | 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    | a     |
|                                                                                                                                                                  | Ⅱ-4-(3)<br>地域の福祉向上のための取組を行っている。 | 26 | ①    | 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。                    | b    | b     |
|                                                                                                                                                                  |                                 | 27 | ②    | 地域の福祉ニーズに基づく公益的な事業・活動が行われている。                | b    | b     |
| 〔自由記述欄〕                                                                                                                                                          |                                 |    |      |                                              |      |       |
| 23. ホームページやパンフレットに、目指す法人像の一環として「地域社会に貢献する法人」を掲げています。月1回以上、市役所などでバザーに参加したり、毎日、外部就労として地域の福祉センターでの清掃業務を担っています。障がい児親の会など、無料で事業所スペースの貸し出しを定期的に行い、要請があれば職員もこれに参加しています。 |                                 |    |      |                                              |      |       |
| 24. 学生ボランティアを受け入れています。受け入れにあたっては利用者の特性などについて説明しています。ボランティアの受け入れについてのマニュアルも整備しています。                                                                               |                                 |    |      |                                              |      |       |
| 25. 宇治市施設連絡協議会や、京都府山城北園域障害者自立支援協議会などに参加し、施設間で地域課題を共有しています。同自立支援協議会の相談支援部会（19事業所が参加）では、地域で支援に繋がっていない利用者への情報発信や、相談支援の拡充を行っています。                                    |                                 |    |      |                                              |      |       |
| 26. 法人内放課後デイサービス「ちやるむ」が福祉避難所として、要配慮者の避難支援を担っています。しかし、事業所の特性を活かした講演会などは開催していません。                                                                                  |                                 |    |      |                                              |      |       |
| 27. 宇治市地域自立支援協議会に参画し地域の福祉ニーズなどの把握に努めています。一方、民生委員の定期的な会議などは実施していません。                                                                                              |                                 |    |      |                                              |      |       |

### Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

| 評価分類               | 評価項目                                           | 通番 | 評価細目                                                 | 評価結果 |       |
|--------------------|------------------------------------------------|----|------------------------------------------------------|------|-------|
|                    |                                                |    |                                                      | 自己評価 | 第三者評価 |
| Ⅲ-1<br>本人本位の福祉サービス | Ⅲ-1-(1)<br>障害のある本人を尊重する姿勢が明示されている。             | 28 | ① 障害のある本人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。       | a    | a     |
|                    |                                                | 29 | ② 障害のある本人のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。        | a    | b     |
|                    | Ⅲ-1-(2)<br>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 | 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。                | a    | a     |
|                    |                                                | 31 | ② 福祉サービスの開始・変更にあたり障害のある本人（家族・成年後見人等含む）にわかりやすく説明している。 | a    | b     |
|                    |                                                | 32 | 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。    | a    | b     |

〔自由記述欄〕

28. 法人の基本方針として「目指す法人像」を定めており、利用者尊重の基本姿勢を明確にしています。「利用者権利擁護ガイドライン」を整備し、これに基づく施設内研修も実施しています。

29. 「人権配慮マニュアル」を整備し、不適切事案の発生時の手順、対応等について明示しています。また、業務マニュアルにプライバシー保護や虐待等の適正化のための指針を定めています。ただし、プライバシー保護についての研修実施については確認できませんでした。

30. 利用希望があった場合などの見学、体験については、利用者の希望を確認し、家族とも事前の打ち合わせを行っています。利用者の状況などから事業所に合わないとは判断した場合には、法人内の別の事業所など、利用者本人に合ったところを紹介するなどしています。

31. サービス開始・変更時の説明については、重要事項説明書や契約書に沿って説明をし、同意を得ています。重要事項説明書にはルビをふるなどして利用者が理解できるように配慮しています。意思決定が困難な利用者に対しては、その都度、本人以外の家族や、後見人に対して説明をするようにしていますが、ルール化までは行っていません。

32. 他の福祉施設への移行等にあたっては、相談支援事業所と連携を図って福祉サービスの継続性に配慮しています。外部の事業所への変更時には、「フェイスシート」や「利用者基本情報」、「アセスメントシート」等により、その都度、必要な情報を共有するようにしていますが、引継ぎに関する決まった文書はありません。

| 評価分類               | 評価項目                                         | 通番 | 評価細目                                             | 評価結果 |       |
|--------------------|----------------------------------------------|----|--------------------------------------------------|------|-------|
|                    |                                              |    |                                                  | 自己評価 | 第三者評価 |
| Ⅲ-1<br>本人本位の福祉サービス | Ⅲ-1-(3)<br>障害のある本人のニーズの充足に努めている。             | 33 | ① 障害のある本人のニーズの充足に向けた取組及び相談や意見を述べやすい環境を整備している。    | b    | b     |
|                    | Ⅲ-1-(4)<br>障害のある本人が意見等を述べやすい体制が確保されている。      | 34 | ① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。                     | a    | b     |
|                    |                                              | 35 | ② 障害のある本人からの相談や意見に対して把握する仕組みがあり、組織的かつ迅速に対応している。  | a    | b     |
|                    | Ⅲ-1-(5)<br>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。 | 36 | 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。      | a    | b     |
|                    |                                              | 37 | ② 感染症の予防や発生時における障害のある本人の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。 | b    | b     |
|                    |                                              | 38 | ③ 災害時における障害のある本人の安全確保のための取組を組織的に行っている。           | a    | a     |

〔自由記述欄〕

33. 月2回、作業時間以外に余暇の時間を作っており、利用者が主体的に希望を出して「余暇支援」の内容を決めています。意見箱などを設置していますが、利用者や家族を対象とした定期的なアンケートなどは実施していません。

34. 利用者や家族などの苦情などを解決する仕組みとして、事業所内に、苦情対応の担当者や第三者委員を設置するなど、苦情解決体制を整備しています。ただし、匿名アンケートの実施などは行っていません。

35. 「苦情・意見対応マニュアル」を整備し、対応した経過について「あすなろ通信」で公表しています。しかし、マニュアルの定期的な見直しが確認できませんでした。

36. 事故対応フローチャートを作成しています。ひやりハット事例を収集し、終礼などの際に職員に周知し、再発防止策の検討をしています。利用者の個人ファイルには、かかりつけ医や投薬情報を記載しており、救急搬送の際には、これを持参して同乗するようにしています。ただし、リスクマネジメントの責任者が明確化できていません。

37. 利用者へのうがいや手洗いの徹底、利用者の家族が罹患した場合の対応などは、その都度適切に行っています。しかし、感染症についての総括的なマニュアルが作成されておらず、定期的な研修が実施できていません。

38. 「非常災害対応マニュアル」を策定し、災害時の対応態勢を定めています。地域と連携して、避難訓練を年2回実施しています。

| 評価分類               | 評価項目                                            | 通番 | 評価細目                                                                     | 評価結果 |       |
|--------------------|-------------------------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------------|------|-------|
|                    |                                                 |    |                                                                          | 自己評価 | 第三者評価 |
| Ⅲ-2<br>福祉サービスの質の確保 | Ⅲ-2-(1)<br>提供する福祉サービスの一定の水準を確保するための実施方法が確立している。 | 39 | ① 提供する福祉サービスについて一定の水準を確保するための実施方法が文書化され福祉サービスが提供されるとともに見直しをする仕組みが確立している。 | a    | b     |
|                    | Ⅲ-2-(2)<br>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。      | 40 | ① アセスメントに基づく個別支援計画等を適切に策定している。                                           | a    | a     |
|                    |                                                 | 41 | ② 定期的に個別支援計画に基づく評価・見直しを行っている。                                            | a    | b     |
|                    | Ⅲ-2-(3)<br>福祉サービス実施の記録が適切に行われている。               | 42 | ① 障害のある本人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。                          | a    | a     |
|                    |                                                 | 43 | ② 障害のある本人に関する記録の管理体制が確立している。                                             | a    | a     |

## 〔自由記述欄〕

39. 業務の内容に応じて業務マニュアルを策定しており、これに沿った支援ができています。マニュアルの見直し、更新は少なくとも年1回実施しているようですが、変更内容が確認できませんでした。

40. サービス管理責任者が、個別支援計画における責任者として設置されています。個別支援計画書及び短期目標報告書は、半年に1回、長期目標報告書は、2年1回の頻度で見直しています。

41. 個別支援計画は半年に1回見直しを行い、関係職員への周知・共有がミーティングや、介護ソフトなどを活用して行われています。見直しの手順や、関係職員への周知、緊急に変更する場合の手順等について、組織的な仕組みが整備できていません。

42. 日々の支援記録は、介護ソフトを活用しています。また、施設内研修において、記録の書き方研修を実施しています。

43. 重要事項説明書にて個人情報の取り扱いについて定めており、利用者本人、家族に説明しています。「社会福祉法人不動園 個人情報保護管理規程」で文書管理の責任者を明確化し、保存・廃棄・情報提供についても定めています。事業所の「文書等の保護期間について」において、文書等の保存期間を定めています。

## A 障害のある本人を尊重した日常生活支援

| 評価分類           | 評価項目                     | 通番 | 評価細目                              | 評価結果 |       |
|----------------|--------------------------|----|-----------------------------------|------|-------|
|                |                          |    |                                   | 自己評価 | 第三者評価 |
| A-1<br>支援の基本理念 | A-1-(1)<br>自立支援          | 44 | ① 障害のある本人の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。 | a    | b     |
|                | A-1-(2)<br>権利擁護          | 45 | ① 障害のある本人の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。 | b    | b     |
|                | A-1-(3)<br>ノーマライゼーションの推進 | 46 | ① 誰もが当たり前に暮らせる社会の実現に向けた取組を行っている。  | b    | b     |

## 〔自由記述欄〕

44. 「余暇支援」の中で自己決定を尊重した個別支援を、年7回の土曜開所と、第2・第4水曜の午後に実施しています。土曜開所の参加は任意で、「土曜開所のお知らせ」を送り、申込みを募っています。土曜開所では調理実習やドライブ、第2、第4の水曜午後は野球やサッカー、キックベース、バスケット、シール絵など、利用者の好みや希望に応じた活動ができるよう支援しています。月1回、利用者の誕生日にお誕生日セレモニーを行っています。しかし、利用者の権利について職員が検討し、理解、共有する機会は確認できませんでした。

45. 年2回、記名式で「障害者虐待防止セルフチェックリスト」を用いて支援の振り返りをしています。「個人情報管理規定」を定めていますが、利用者・家族に向けての勉強会などはできていません。

46. 各種バザー・供花販売などを実施し、地域との関わりを大切にしています。しかし、ノーマライゼーションの推進についての研修は実施していません。

| 評価分類        | 評価項目                        | 通番 | 評価細目                                                   | 評価結果 |       |
|-------------|-----------------------------|----|--------------------------------------------------------|------|-------|
|             |                             |    |                                                        | 自己評価 | 第三者評価 |
| A-2<br>生活支援 | A-2-(1)<br>意思の尊重とコミュニケーション  | 47 | ① 障害のある本人（子どもを含む）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    | a     |
|             |                             | 48 | ② 障害のある本人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    | a     |
|             |                             | 49 | ③ 障害のある本人の障害の状況に応じた専門的かつ多角的な視点から支援を行っている。              | a    | a     |
|             | A-2-(2)<br>日常的な生活支援及び日中活動支援 | 50 | ① 個別支援計画に基づく日常的な生活支援及び日中活動の支援を行っている。                   | a    | a     |
|             | A-2-(3)<br>生活環境             | 51 | ① 障害のある本人の快適性と安心・安全に配慮した環境が確保されている。                    | a    | a     |

## 〔自由記述欄〕

47. 発語が難しい方にはコミュニケーションカードや写真を用いたり、表情や雰囲気を観察して心身状況に応じたコミュニケーションを図るようにしています。利用者からの発信が乏しい場合には、場面や環境を変えて聞き取りを行ったり、家族からの聞き取りや複数職員で対応したりしています。

48. 利用者から相談の申し出があった場合には、丁寧に聞き取りを実施しています。土曜開所の参加や各種販売の参加希望などは、利用者の意向確認を適切に行っています。

49. 事業所で企画・実施する勉強会や研修を通じて専門知識の習得に努めています。毎日のミーティングと全体終礼において、利用者の活動の情報共有・検討を行い、記録を介護ソフトにて共有しています。利用者の状況に応じて、作業スペースの変更などの環境面の調整も行っています。

50. 利用者のアセスメントを通じて、利用者にあった調理方法や苦手なメニュー時のおかずの変更などの配慮を行っています。排泄介助についても、身体状況や特性に応じた対応（見守り・拭き取りなど）を行っています。

51. 活動場所は整頓されており、安心・安全に配慮しています。日常的に、通路に大きなものが置かれていないか、小さな部品が落ちていないか注意し、事故防止に努めています。また、室内の活動場所は、窓が大きく設計されており、日の光をとりこんで明るい雰囲気です。

| 評価分類        | 評価項目                    | 通番 | 評価細目                                         | 評価結果 |       |
|-------------|-------------------------|----|----------------------------------------------|------|-------|
|             |                         |    |                                              | 自己評価 | 第三者評価 |
| A-2<br>生活支援 | A-2-(4)<br>機能訓練・生活訓練    | 52 | ① 障害のある本人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    | a     |
|             | A-2-(5)<br>社会生活を営むための支援 | 53 | ① 障害のある本人の希望と意向を尊重した社会生活を営む力をつけるための支援を行っている。 | a    | a     |
|             | A-2-(6)<br>健康管理・医療的な支援  | 54 | ① 障害のある本人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    | a     |
|             |                         | 55 | ② 医療的な支援について適切に提供（連携）する仕組みがある。               | b    | b     |

〔自由記述欄〕

52. 個別支援計画に基づき、利用者の能力や状況に応じつつ、主体的にできる活動を提供しています。例えば、食事の際、エプロンを畳んでもらうことを継続することで、衣類も畳めるようにするなど、長期的な視点で、できることを増やす取り組みをしています

53. 利用者の意向をふまえて、出張喫茶（ケーキ、コーヒーの提供）や販売会への参加機会があります。こうした機会提供が、利用者の社会参加・地域交流、金銭管理のトレーニングにつながっています。

54. 法人内の診療所と連携し、年1回健康診断を実施し、健康状態の把握や助言を行っています。体重増加が顕著な場合には、利用者や家族の意向があれば、昼食後にグラウンドでウォーキングを実施するなど、健康維持・改善のためのメニューを支援計画の中に反映し実施しています。毎日、体温は自宅で計測してきてもらい、体調の把握に努めています。

55. 法人内の診療所や近隣にある法人内他施設の看護師と連携するなど、病気や怪我に対応する体制を整えています。また、利用者ごとに服薬補助を行っています。医療的な支援に関する研修は、てんかん発作についての勉強会のみで、医療的な支援や、連携に関する研修は十分ではありません。

| 評価分類        | 評価項目                           | 通番 | 評価細目                                           | 評価結果 |       |
|-------------|--------------------------------|----|------------------------------------------------|------|-------|
|             |                                |    |                                                | 自己評価 | 第三者評価 |
| A-2<br>生活支援 | A-2-(7)<br>地域生活への移行と地域生活の支援    | 56 | ① 障害のある本人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    | a     |
|             | A-2-(8)<br>家族等との連携・交流と家族支援     | 57 | ① 障害のある本人の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。               | a    | b     |
|             | A-2-(9)<br>はたらくことや活動・生活する力への支援 | 58 | ① 障害のある本人の活動・生活する力や可能性を尊重した支援を行っている。           | a    | a     |
|             |                                | 59 | ② 障害のある本人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    | a     |

〔自由記述欄〕

56. グループホーム入居に至ったケースでは、相談支援専門員が関係機関と連携して支援を行っています。また、自立支援協議会相談支援部会に参加し、地域生活への移行に向けた情報共有をしています。

57. 定期的に保護者会を実施しています。保護者のための勉強会や交流会（ゲーム、お茶会）を通して、情報共有や意見交換を行っています。利用者の緊急連絡先は定められていますが、利用者の体調不良や急変時の家族への報告・連絡ルールは確認できませんでした。

58. 個別支援計画を作成する際に、ストレングス（強み）を書く欄を設けたり、成功体験や「できた」自信を引き出せるようにしたりして、過度な支援は行わずに、自立にむけた支援を心がけています。

59. 作業内容については、利用者の意向と特性に応じたものとなるよう検討し、個別支援計画書に記載しています。作業時には、作業に応じて、保護メガネやエプロン、手袋を着用するようにし、労働安全衛生に関する配慮をしています。工賃向上のため、従前の焼き菓子の製菓に加えて、約1年前からパンの製作を新たにはじめ、販路拡大を図っています。

| 評価分類        | 評価項目            | 通番 | 評価細目                              | 評価結果 |       |
|-------------|-----------------|----|-----------------------------------|------|-------|
|             |                 |    |                                   | 自己評価 | 第三者評価 |
| A-3<br>就労支援 | A-3-(1)<br>就労支援 | 60 | ① 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。 | b    | b     |

〔自由記述欄〕

60. ハローワークからは障害者雇用の募集情報が入ってくるため、積極的に提供はしていませんが、利用者の状況に応じて必要に応じて提供できるように備えています。現在、一般就労に移行する予定の利用者はおらず、就職活動支援や定着支援は行っていません。