

福祉サービス第三者評価結果報告書  
【障がい福祉分野】

【受審施設・事業所情報】

|            |                                                                                   |     |     |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| 事業所名称      | あすなろ授産所                                                                           |     |     |
| 運営法人名称     | NPO法人 百舌鳥あすなろ会                                                                    |     |     |
| 福祉サービスの種別  | 生活介護                                                                              |     |     |
| 代表者氏名      | 施設長 渡邊 真由美                                                                        |     |     |
| 定員（利用人数）   | 20 名                                                                              |     |     |
| 事業所所在地     | 〒 593-8312<br>大阪府堺市西区草部493番1                                                      |     |     |
| 電話番号       | 072 - 271 - 8001                                                                  |     |     |
| FAX番号      | 072 - 271 - 8002                                                                  |     |     |
| ホームページアドレス | <a href="https://www.asunarokusabe.com/">https://www.asunarokusabe.com/</a>       |     |     |
| 電子メールアドレス  | <a href="mailto:asunaro@kqb.biglobe.ne.jp">asunaro@kqb.biglobe.ne.jp</a>          |     |     |
| 事業開始年月日    | 昭和 43 年 5 月 20 日                                                                  |     |     |
| 職員・従業員数※   | 正規 9 名                                                                            | 非正規 | 9 名 |
| 専門職員※      | 社会福祉士 1名<br>介護福祉士 8名<br>看護師 1名<br>精神保健福祉士 1名<br>介護支援専門員 1名<br>社会福祉主事 2名<br>保育士 3名 |     |     |
| 施設・設備の概要※  | 〔設備等〕<br>訓練作業室 2<br>多目的室<br>相談室<br>事務室<br>シャワー室<br>ロッカー室                          |     |     |

※印の項目については、定義等を最終頁に記載しています。

【第三者評価の受審状況】

|         |         |
|---------|---------|
| 受審回数    | 4 回     |
| 前回の受審時期 | 令和 5 年度 |

【評価結果公表に関する事業所の同意の有無】

|                     |   |
|---------------------|---|
| 評価結果公表に関する事業所の同意の有無 | 有 |
|---------------------|---|

### 【理念・基本方針】

「生きぬく力」を身に付けよう！！  
障がい者や社会的に支援を必要な人たちに、自己決定をする力をつけ、地域で安心して自分らしく生活できるように支援していきます。  
障がい者や社会的に支援の必要な人たちの人権が尊重され、自立し、社会参加できる力をつけるとともに、生活の場（住居・就労・余暇）での必要な支援を受けることで、本人や家族に安心と希望を与えることを目的とします。

### 【施設・事業所の特徴的な取組】

① 職員を多く配置している。  
利用者基準を上回る職員を配置し、手厚い支援を行っています。  
② 送迎を利用者の生活に合わせ複数回行っている。  
障がい者の細かいニーズに応えるため、午前中だけ、午後だけ通いたい人のため、昼の送迎も行っています。  
③提供しているサービスの種類が多い  
授産（軽作業、自主製品作成）散歩、買い物、書道、制作、話合い（人の話を聞く、自分の思いを伝える）体操（ストレッチ、ダンス）イベント（クリスマス、新年会、初詣、お楽しみ会、遠足）体力測定、健康チェック、医師の往診など

### 【評価機関情報】

|           |                                                              |
|-----------|--------------------------------------------------------------|
| 第三者評価機関名  | 一般社団法人 障がい・介護福祉事業支援協会                                        |
| 大阪府認証番号   | 270050                                                       |
| 評価実施期間    | 令和7年11月25日～令和8年2月4日                                          |
| 評価決定年月日   | 令和8年2月5日                                                     |
| 評価調査者（役割） | 2101B027（運営管理・専門職委員）<br>2101B025（専門職委員）<br>（ ）<br>（ ）<br>（ ） |

## 【総評】

### ◆評価機関総合コメント

昭和43年、堺市立百舌鳥支援学校の学生が卒業後の居場所を作ることを目的に、堺市・学校・保護者・後援会の協力で設立された事業所です。2017年に現事業所に移転しています。第三者評価は、過去2回受審しており、サービスの質の向上に対する取り組みが窺えます。利用者に分かり易いサービスの手順書が作成され、利用者の障がい特性に応じた支援が行われています。利用者・家族とのコミュニケーションを大切に、家族会や個人面談を頻回に開催し、利用者や家族の意思や希望を丁寧に聞き取り会議などを通じ多職種で話し合い個別支援計画を立案し、利用者の能力を引き出す支援を実践しています。サービスの内容は多岐にわたり利用者が自由に選択出来るように工夫されています。管理者を中心に職員一丸となりサービスの質の向上を目指しています。

### ◆特に評価の高い点

利用者ひとりひとりの希望や思いを自由に言える環境が整っているところです。利用者の日々の心身の状態をきめ細かく見守り、変化など感じられたときは援助者にて話し合い早期に対応しているところが特に評価されます。また、思いや考えなど表出することが苦手な利用者には、思いや援助を求める絵入りカードを作成し、カードを利用することでコミュニケーションを取りやすい様に工夫されています。利用者のヒアリングを実施した2名の内1名が対象者でした。言語に障がいがある利用者でしたが、出来るだけ自身の言葉で伝えていました。伝えきれないところは絵カードを用いて対応していました。ヒアリング当初は固い表情で緊張していましたが、徐々に笑顔が見られる様になりリラックスした様子が窺えました。

### ◆改善を求められる点

地域との交流について…

自治会に入会して地域との交流の機会を設けていますが、地域の人たちが気軽に事業所を訪問または見学出来る機会があればより良いと思われます。有事に備えて地域と防災や災害訓練をするなど活動を広げられることが望まれます。

期待する職員像…

研修や教育に力を入れ丁寧に職員育成がなされていますが、期待する職員像が示されていません。期待する職員像を示すことで職員自身も目指すものを想像しやすくなると思われます。この件についての工夫が望まれます。

### ◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者評価を受審することにより、改善しなければいけないところ、変更したほうがよいところが分かり、利用者様により満足していただけるような良い支援をすることができたり、職員がプライドをもち働きやすい職場にすることができるので、今後も定期的に受審したいと思います。

### ◆第三者評価結果

・別紙「第三者評価結果」を参照

## 第三者評価結果

### 評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

|                             |                                                                                                               | 評価結果 |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| I-1 理念・基本方針                 |                                                                                                               |      |
| 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。                                                                                       | a    |
| (コメント)                      | パンフレット、ホームページに理念・基本方針が明文化され利用者、家族、地域に広く周知しています。家族会でも毎回説明の機会を設けています。また、職員に対しては採用時、職員会議、個人面談（年3回）などの機会に周知しています。 |      |

|                             |                                                                              | 評価結果 |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------|
| I-2 経営状況の把握                 |                                                                              |      |
| 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。                                              | a    |
| (コメント)                      | 平均利用者数の集計を行い、内部外部の環境を分析して中長期計画の策定につなげています。                                   |      |
| 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。                                                    | a    |
| (コメント)                      | 前項で分析した経営課題（リーダー育成・複数の事業所による多角的な支援OJT・外部研修受講）を理事会で共有課題とし、職員会議にて共に課題ととらえています。 |      |

|                                 |                                                                               | 評価結果 |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|------|
| I-3 事業計画の策定                     |                                                                               |      |
| 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。                                                   | b    |
| (コメント)                          | 目指すビジョン、外部環境分析をもとに課題を明確にし、中長期計画が作成されています。単年度収支は策定されていますが、収支計画は作成されていませんでした。   |      |
| 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。                                                    | a    |
| (コメント)                          | 中長期計画をもとに単年度計画が策定されています。計画策定には中堅職員との話し合いにより活動計画、予算を策定されています。                  |      |
| 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。                                     | a    |
| (コメント)                          | 策定された計画は、職員会議にて書面にて全職員に配布し、説明を行っています。また半年後に事業計画の実施状況を評価・見直しを行い、職員会議にて周知しています。 |      |

|           |                                                               |   |
|-----------|---------------------------------------------------------------|---|
| 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 |
| (コメント)    | 事業計画は理事会（理事の中に家族がいる）で説明され、家族会にて家族に周知しています。またホームページでも公表されています。 |   |

|                                    |                                                                       | 評価結果 |
|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------|
| I-4 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) 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。                                     | a    |
| (コメント)                             | 第三者評価を定期的に受審し、福祉サービスの質の向上、事業経営の適正化に取り組んでいます。結果を職員間で共有しています。           |      |
| 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    |
| (コメント)                             | 評価結果をもとに目標を定め、中長期目標に反映させています。評価の結果防災・避難訓練に改善が必要との課題があり、分析の上改善を行っています。 |      |

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

|                              |                                                                                                                         | 評価結果 |
|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ           |                                                                                                                         |      |
| 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。                                                                                        | a    |
| (コメント)                       | 管理者の役割については、重要事項説明書、運営規程にて明記されています。職員に対しては、職務分掌を記載した職員体制図にて周知されています。また、管理者不在時や災害時の対応も記載され職員会議にて周知をしています。                |      |
| 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    |
| (コメント)                       | 管理者は、市や関係機関と連携を密にし、常に情報収集に努めています。法令関係書籍を購入して理解・遵守に努めています。                                                               |      |
| 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。                                                                                      | a    |
| (コメント)                       | 管理者は、福祉サービスの質の向上について積極的に各会議（三者会議：管理者・主任・リーダー）に参加して職員の意見を反映する様に努めています。家族会の開催、利用者との個別面談を定期的に行い意見や要望を聞き取り福祉サービスの向上に努めています。 |      |
| 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。                                                                                          | a    |
| (コメント)                       | 管理者は、利用者の数、支援の質、人事、収支などのバランスを分析し、適正な人員配置や環境作りに努めています。また、加算の条件などを定期的に確認して取得出来る加算を申請する様に努めています。                           |      |

|                                             |                                                                                                                                                            | 評価結果 |
|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成                              |                                                                                                                                                            |      |
| 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。                                                                                                                   | a    |
| (コメント)                                      | 採用当初は指導係によるOJTを行っています。定着後は、個別研修計画と目標管理を行い資格取得とスキルアップを支援しています。また、サービスの質の維持のため人員配置を手厚く配置しています。                                                               |      |
| Ⅱ-2-(1)-②                                   | 総合的な人事管理が行われている。                                                                                                                                           | a    |
| (コメント)                                      | 職員の個別面談を年2回実施しています。職員の資格取得への希望や働き方についての要望を聞き可能な限り働き易い環境作りに努めています。キャリアパス、人事評価基準が明確になっており、職員に周知されています。有給休暇取得率はほぼ100%です。処遇改善計画書は職員会議にて全職員に書面で説明しています。         |      |
| 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。                                                                                                                          | a    |
| (コメント)                                      | 職員が安心して働けるように就業時間の希望などを定期面談（年3回）にて聞き取り、ワークライフバランスに努めています。また、看護師による健康相談、ストレスチェックを実施しています。職員検診は雇用形態に関わらず全職員を対象に実施しています。育児休暇や介護休暇、子育て支援などが取得しやすい環境づくりに努めています。 |      |
| Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。              |                                                                                                                                                            |      |
| 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。                                                                                                                                    | b    |
| (コメント)                                      | 4月に職員全員の個人面談を実施し、希望を聞き個人研修計画が策定されていますが、理念等に基づく「期待する職員像」の設定が明確にされていません。今後設定されると良いでしょう。                                                                      |      |
| 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    |
| (コメント)                                      | 理念・基本方針に基づき職員の教育・研修計画が策定され、定期的に評価・見直しが行われています。計画に基づく教育、研修が実践されています。                                                                                        |      |
| 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    |
| (コメント)                                      | 一人ひとりの希望を聞き作成された個別研修計画に基づき実施されています。外部研修の情報提供も行われています。キャリアパスや職務に応じたサービス管理者研修、防災研修、さおり織り研修、行動援護研修など外部研修を受講しています。                                             |      |
| 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。 |                                                                                                                                                            |      |
| Ⅱ-2-(4)-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。                                                                                                            | a    |
| (コメント)                                      | 支援学校の実習生を受け入れています。実習は学校にて作成したプログラムに沿って実施されています。事業所としては、受け入れマニュアルを学校のプログラムに適応して作成しています。                                                                     |      |

|                                  |                                                                                                        | 評価結果 |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Ⅱ-3 運営の透明性の確保                    |                                                                                                        |      |
| 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。                                                                             | a    |
| (コメント)                           | 事業所ホームページにて法人の理念、基本方針、事業計画・報告、財務状況を公表しています。広報誌を年数回発行し活動内容など地域に発信しています。苦情や意見などは対応や改善等を職員会議、家族会で公表しています。 |      |
| 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    |
| (コメント)                           | 各担当の職務分担や権限、ファイリングの方法が定められており、職員に周知されています。また、定期的に税理士の意見や助言を受けています。                                     |      |

|                              |                                                                                                                            | 評価結果 |
|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献              |                                                                                                                            |      |
| 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。                                                                                                 | a    |
| (コメント)                       | 毎日利用者と地域を散歩して声かけをしています。地域の清掃活動にも参加して交流を広げています。事業所に「まちかどAED」を設置して広報誌を通じ周知しています。秋には地域のまつり「だんじり」の見学にでかけました。                   |      |
| 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。                                                                                         | a    |
| (コメント)                       | ボランティア受け入れオリエンテーションマニュアルを作成して対応しています。また実習受け入れ研修を職員に受講させています。                                                               |      |
| 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。                                                                               | a    |
| (コメント)                       | 利用者に必要な地域の社会資源（他事業所のパンフレット、病院、訪問看護等）をファイルしていつでも見られる、提示できる様にしています。管轄の障がい福祉事業所の連絡会に参加して連携を取っています。関係機関から得た情報などは職員会議にて周知しています。 |      |
| Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。 |                                                                                                                            |      |
| 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    |
| (コメント)                       | 自治会に加入して会長や役員と話し合い、地域ニーズを把握するようにしています。その中で出たAEDの課題や、近隣会社や高齢者施設との意見交換の中で災害時の課題が見えてきました。                                     |      |
| 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    |
| (コメント)                       | まちかどAEDを設置していることを、自治会を通じ周知し、近隣会社や高齢者施設と連携、災害時備蓄（食料や寝具等）を共有しあえる体制を構築しています。                                                  |      |

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

|                                             |                                                                                                                                                 | 評価結果 |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス                            |                                                                                                                                                 |      |
| 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。                                                                                                        | a    |
| (コメント)                                      | 利用者を尊重した福祉サービスを提供するために、行動規範を策定しています。職員はこの行動規範をもとに職務についています。行動規範は入職時、職員会議等で常に確認するように努めています。虐待早期発見のため独自で虐待チェックシートを作成しています。チェックは定期的の実施されています。      |      |
| 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。                                                                                                               | a    |
| (コメント)                                      | 行動規範には利用者のプライバシーについても明記されています。職員はこの行動規範を確認しながら職務につくようにしています。また関係する外部研修に参加し、より理解を深めるようにしています。                                                    |      |
| 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。 |                                                                                                                                                 |      |
| 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。                                                                                                             | a    |
| (コメント)                                      | ホームページ作成、区役所・基幹相談支援センター・支援学校へパンフレットを設置しています。地域関係機関に配布する機関紙にて活動内容を紹介しています。希望者には体験利用の対応もしています。                                                    |      |
| 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。                                                                                                              | a    |
| (コメント)                                      | サービス開始・変更にあたり丁寧に説明と、同意を得た記録・署名が確認されています。今は対象者がいないとのことで、閲覧用重要事項説明書の拡大版が設置されていませんでした。閲覧用拡大版の設置をお勧めします。                                            |      |
| 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。                                                                                                 | a    |
| (コメント)                                      | グループホーム入所に伴う移行ケースを確認しています。当事業所での活動内容などを記した申し送り書が作成され、新しい施設に渡されています。当事業所職員が、新しい事業所のサービス管理責任者に、本人の意向や思いを詳しく伝えた記録がありました。                           |      |
| 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。                                                                                                                 | a    |
| (コメント)                                      | 職員が利用者やその家族の満足度を確認するために、家族会に参加しています。担当を決め、定期的に利用者から聞き取りを行っています。個人面談の内容と共に分析を行い、満足度向上に努めています。今回この取り組みにより「喫煙したい」との希望が出た為、煙や匂いの問題を考慮した喫煙場所を設置しました。 |      |
| 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。                                                                                                                      | a    |
| (コメント)                                      | 苦情解決マニュアルを作成して対応しています。利用者やその家族に受付窓口や事業所窓口、担当者がわかるように事業所内に掲示しています。苦情や相談を受け付け対応した記録などは職員・家族会にて公表されています。                                           |      |
| 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。                                                                                                              | a    |
| (コメント)                                      | 事業所内に意見箱を設置して意見が言いやすい環境にしています。直接の意見に対しては、個室にて個別面談を行うようにしています。                                                                                   |      |

|                                           |                                                                                                                        |   |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| 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。                                                                                        | a |
| (コメント)                                    | 利用者からの意見や苦情は職員間で把握の上、会議などで検討して出来るだけ早期に解決するようにしています。                                                                    |   |
| 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。 |                                                                                                                        |   |
| 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。                                                                              | a |
| (コメント)                                    | 事故対応マニュアルに基づき、発生時の職員の対応方法等が周知されています。ヒヤリハット報告書を分析の上、改善・再発防止に努めています。業務毎（送迎・衛生・利用者）に担当を定めサービスの質の向上に努めています。                |   |
| 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。                                                                             | a |
| (コメント)                                    | 感染症対応マニュアルに基づき、看護師を中心に感染予防策を実施しています。毎日の検温、アルコール消毒、換気などを行っています。また、定期的に勉強会や研修を実施し予防に努めています。                              |   |
| 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。                                                                                       | a |
| (コメント)                                    | 災害時マニュアルが作成され、発生時の対応体制が定められています。利用者・職員・家族に周知され、規定に基づいた訓練を実施しています。災害時に利用者が帰宅できないことを想定した訓練も実施しています。食料や備蓄品リストを作成し管理しています。 |   |

|                                         |                                                                                                                     | 評価結果 |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保                         |                                                                                                                     |      |
| 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。                                                                         | a    |
| (コメント)                                  | 運営規程、重要事項説明書に利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護にかかる姿勢とともに標準的なサービスの実施方法が明示されています。1日の流れなどは、トイレなどにわかりやすく掲示されています。                   |      |
| 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。                                                                                       | a    |
| (コメント)                                  | 標準的なサービスの実施方法は、管理者・主任・リーダーにて定期的に検証・見直し会議が開催され、個別支援計画へ反映させています。                                                      |      |
| 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。 |                                                                                                                     |      |
| 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。                                                                                        | a    |
| (コメント)                                  | 利用者全員に、サービス管理責任者が面接の上アセスメントを行い、個別支援計画が策定されています。アセスメントをもとに策定された個別支援計画案の検討は、サービス担当者会議で行われ確定された計画は、利用者に説明し同意と署名を得ています。 |      |
| 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。                                                                                            | a    |
| (コメント)                                  | 個別支援計画の見直しは、6か月に1回行われています。評価は、利用者と面談の上モニタリングを行い、必要時は見直しを行っています。                                                     |      |

|                                |                                                                        |   |
|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------|---|
| Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。 |                                                                        |   |
| 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。                              | a |
| (コメント)                         | サービス提供記録が作成され、職員間で共有されています。パソコンのネットワークシステムを導入して、記録しやすく共有がしやすいようにしています。 |   |
| 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。                                                 | a |
| (コメント)                         | サービスに関する記録等は、鍵付き書庫にて管理されています。またファイルの色分けにより情報を分類、閲覧範囲を定めています。           |   |

## 障がい福祉分野の内容評価基準

|                                       |                                                                                      | 評価結果 |
|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|------|
| A-1 利用者の尊重と権利擁護                       |                                                                                      |      |
| 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。 |                                                                                      | a    |
| (コメント)                                | 利用者と話し合う機会や、利用者同士が意見を出し合う機会を定期的に設けています。                                              |      |
| 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。     |                                                                                      | a    |
| (コメント)                                | 毎月虐待防止に関する会議を開催し、毎年全職員が人権研修を受講しています。身体拘束をしない支援の為にマニュアルが整備され、虐待チェックシートを用い定期的に確認しています。 |      |

|               |                                                                                                                                                                         | 評価結果 |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| A-2 生活支援      |                                                                                                                                                                         |      |
| 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。                                                                                                                                                | a    |
| (コメント)        | 利用者との定期的な面談を行い、取り組みたい作業などについて希望の聞き取りを行っています。支援はできるだけ見守りを行い利用者が自分のことは自分でできるようにしています。日々のスケジュールは写真などで分かり易く工夫して見て分かるようにしています。障がい者割引が適用される施設を紹介するなど、生活関連サービスなどの利用支援を行なっています。 |      |
| 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    |
| (コメント)        | コミュニケーションの手段として「絵カード」を作成して利用しています。また、1日のスケジュール把握の為いろいろなタイプの時計を設置しています。利用者一人ひとりとのコミュニケーションをとるための工夫がされています。                                                               |      |
| 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    |
| (コメント)        | 定期的に利用者との面談を行い利用者が話しやすい機会を設けています。職員を増員して利用者が相談しやすい環境にしています。相談を受けた時は、できるだけ早くケース会議、個別支援会議を開催し、必要時は個別支援計画の見直しを行っています。                                                      |      |
| 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    |
| (コメント)        | 個別支援計画に基づき利用者の状況に合わせた日中活動を支援しています。活動メニューを増やし利用者の活動意欲を引き出すように工夫しています。                                                                                                    |      |
| A-2-(1)-⑤     | 利用者の障がいの状況に応じた適切な支援を行っている。                                                                                                                                              | a    |
| (コメント)        | 利用者26名中17名が重度障がい者。内部・外部研修の充実、職員11名が強度行動障がい実践研修を受講しています。利用者の障がいによる行動特性を把握し、職員間で支援方法の検討と理解・共有を行い、個別支援を行っています。                                                             |      |

|                          |                                                                                                                                             |   |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| 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。                                                                                                                  | a |
| （コメント）                   | 利用者の昼食は、注文を聞いてお弁当を注文できるほか、近隣のコンビニに買い物に行くこともできます。利用者の障がいに応じた排泄介助を行っています。男性は立って排泄できる様に便器を用意しています。送迎車が複数あり、半日だけの利用の為昼の送迎も行うなど利用者の生活状況に合わせています。 |   |
| 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。                                                                                                             | a |
| （コメント）                   | 利用者の障がい特性に合わせていろいろ工夫されています。狭い場所で一人になりたい利用者の希望により、ついたてや家具の配置を変えてスペースをつくり、希望の寝袋を用意しています。また相談室も活用されています。                                       |   |
| 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。                                                                                                               | a |
| （コメント）                   | 看護師など多職種が支援して機能訓練計画や生活訓練計画が策定され、実践されています。                                                                                                   |   |
| 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。                                                                                                          | a |
| （コメント）                   | 定期的な医師の往診があり、健康上の相談に応じています。看護師が中心となり健康管理・感染症に関する研修を行っています。                                                                                  |   |
| 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。                                                                                                             | a |
| （コメント）                   | 医師より痰吸引の指示のある利用者に対して、看護師が対応マニュアルを作成して対応しています。マニュアルをもとに職員研修が実施されています。                                                                        |   |
| 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。                                                                                                          | a |
| （コメント）                   | 利用者の希望に応じて、遠足や工場見学を実施しています。またグループに分かれて外出の機会を増やしています。買い物に同行して支払を含めた支援や調理を希望する利用者には調理実習などに同行しています。                                            |   |
| 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。                                                                                                    | — |
| （コメント）                   | 非該当                                                                                                                                         |   |
| 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。                                                                                                                  | a |
| （コメント）                   | 毎月家族会を開催しています。家族会には職員も参加して日ごろの様子を伝え、相談があれば応じている。日々の心身の状況変化については、家族と連絡を取っています。必要時は家庭訪問も行い支援しています。                                            |   |

|              |                                 | 評価結果 |
|--------------|---------------------------------|------|
| A-3 発達支援     |                                 |      |
| A-3-（1） 発達支援 |                                 |      |
| A-3-（1）-①    | 子どもの障がいの状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。 | —    |
| （コメント）       | 非該当                             |      |

|              |                                   | 評価結果 |
|--------------|-----------------------------------|------|
| A-4 就労支援     |                                   |      |
| 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。       | —    |
| （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。 | —    |
| （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。   | —    |
| （コメント）       | 非該当                               |      |

## 利用者への聞き取り等の結果

### 調査の概要

|        |          |
|--------|----------|
| 調査対象者  | 生活介護の利用者 |
| 調査対象者数 | 2名       |
| 調査方法   | 個別にヒアリング |

### 利用者への聞き取り等の結果（概要）

良い点…職員が全員やさしく意見が言い易い環境がある。話を聞いて欲しい時「あとで」と言わずその日やその時に聞いてもらえる。  
自分のしたいこと、したくないことなど希望を聞いてくれる。  
嫌なことは強要されない。  
利用者に嫌な人がいない。  
人と一緒に居たくないとき一人になれる。  
人と話すことが苦手な自分に、思いや助けて欲しいことを伝えやすいように絵カードを作ってくれた。

改善が望まれる点…自身の個別支援計画の目標を理解できない利用者への工夫が求められます。個別支援計画の説明は丁寧に行われていますが、本人の理解が不十分です。利用者が理解できるように日々伝えるなど工夫が必要と思われます。

講評…ヒアリング対象者2名とも日々の援助に対しての満足度は高いと感じました。日々の職員の対応の良さから来るものだと思います。

# 福祉サービス第三者評価結果報告書【受審施設・事業所情報】 における項目の定義等について

## ①【職員・従業員数】

●以下の項目について、雇用形態（施設・事業所における呼称による分類）による区分で記載しています。

### ▶正規の職員・従業員

・一般職員や正社員などと呼ばれている人の人数。

### ▶非正規の職員・従業員

・パート、アルバイト、労働者派遣事業所の派遣社員、契約社員、嘱託などと呼ばれている人の人数。

## ②【専門職員】

●社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、介護支援専門員、訪問介護員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、保育士、社会福祉主事、医師、薬剤師、看護師、准看護師、保健師、栄養士等の福祉・保健・医療に関するものについて、専門職名及びその人数を記載しています。

## ③【施設・設備の概要】

●施設・設備の概要（居室の種類、その数及び居室以外の設備等の種類、その数）について記載しています。特に、特徴的なもの、施設・事業所が利用される方等にアピールしたい居室及び設備等を優先的に記載しています。併せて、【施設・事業所の特徴的な取組】の欄にも記載している場合があります。

|     | 例                                                               |
|-----|-----------------------------------------------------------------|
| 居室  | ●個室、2人部屋、3人部屋、4人部屋 等                                            |
| 設備等 | ●保育室（0才児、1才児、2才児、3才児、4才児、5才児）、調乳室、洗面室、浴室、調理室、更衣室、医務室、機能訓練室、講堂 等 |