

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	渡邊 真由美	
定員（利用人数）	20 名	
事業所所在地	〒 593-8312 大阪府堺市西区草部493番1	
電話番号	072 - 271 - 8001	
F A X 番号	072 - 271 - 8002	
ホームページアドレス	http://www.asunarokusabe.com	
電子メールアドレス	asunaro@kpb.biglobe.ne.jp	
事業開始年月日	昭和43年5月1日	
職員・従業員数※	正規 4 名	非正規 13 名
専門職員※	社会福祉士1 介護福祉士6 精神保健福祉士1 看護師3 保育士2	
施設・設備の概要※	[居室]	
	[設備等] 訓練作業室1 トイレ4（男性用2 女性用1 多目的1） 洗面台2 キッチン2（システムキッチン、ミニキッチン）	

※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	2 回
前回の受審時期	2020 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（居住・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。
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朝・昼・夜の3回の送迎を行っている。
利用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、絵画、買い物、書道、音楽、制作、話し合い（人の話を聞く、自分の想いを伝える）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、相談など
- ④土曜日も開所している。
平日の支援時間が9：30～16：30と長いうえに、土曜日も開所しており、仕事をしている家族の要望に応える体制をとっています。

【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3年11月8日～令和4年2月10日
評価決定年月日	令和4年2月10日
評価調査者（役割）	1801B001（専門職委員） 1801B037（運営管理委員） 2001B018（専門職委員） （ ） （ ）

【総評】

◆評価機関総合コメント

昭和43年に百舌鳥支援学校の学生が卒業後に行けるところを作る目的で、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年に現在の新築の建物に移転してきました。

今回3年間続けての受審となりましたが、対面での会議が困難となっている中で、コロナ感染症対策をしながらも職員の情報共有化、データ化に取り組んでおり、事業所として福祉サービスの質の向上に継続的に取り組む姿勢が見られました

また、前回指摘のあった「利用者どうしの調整」「利用者が1人になれる場所の確保」については、事業所内で工夫して1人になれる場所の確保を行っており、できるだけ利用者の要望に添えていこうとしています。

利用者だけではなく、家族会との連携、相談支援や近隣の福祉事業所、障がい者の医療経験豊富な医師とも連携をとり、利用者や家族の要望、健康維持に積極的に応えようとしていることが伺えました。

◆特に評価の高い点

・利用者の自己表出の場の確保

昨年に引き続き、利用者が自分の意見を出し合ったり、社会参画のための学習を行う場所として毎週金曜日に「勉強会」が継続して行われています。「生き抜く力を育てよう」の理念のもと、利用者の意思や自己表出を尊重する支援が行われています。また、上記理念のもと、自立を単純におしつけるのではなく、「助けて」と自分から言える支援も意識して行われています。

・地域での役割分担

事業所にAEDを設置し地域に公表して市民が使用できるようにしたり、周辺の事業所と協力して災害時の備蓄を行ったり、地域の施設を使って催しを行うことにより、地域での役割を担い、利用者と地域社会との繋がりを広げていく姿勢が見られます。

・福祉人材の確保と育成

職員には個別の研修計画と個別の目標を設定しています。職員にはサービス管理責任者研修や強度行動障がい者支援研修等の福祉サービスの知識・技能向上のための研修受講を促進しています。併せて、サービスマニュアルの作成、見直しを行うことにより、区分の高い利用者に対応できる高度な福祉サービスの実践に取り組んでいます。

◆改善を求められる点

・中長期の収支計画の立案

中長期事業計画が立案され、単年度計画に落とし込みが行われていますが、中長期収支計画が立案されていませんでした。今回は、計画立案の過程が記載されており、職員にもわかりやすい計画立案ができていましたが、収支計画への落とし込みが求められます。

・事業所の変更や家庭への移行時の対応

あまり退所する利用者がおらず、対応をする機会がないことにもよるのですが、利用者が退所後も相談、復帰しやすいように窓口を明記した文書をお渡しするなど、利用者退所時の標準的な手順を定めることが望めます。

◆**第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント**

第三者評価を受審し、第三者に法人や事業所の良い点や改善点を見ていただくことで、良いところはより良く、改善するところは、ひとつずつ改善していき、利用者様やご家族様にとってより良いサービス提供をしたいと思えます。

◆**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)	<ul style="list-style-type: none"> ■理念は、法人のHPやパンフなどに明文化されており期末の職員会議や職員採用時、利用者との面談などの機会を作って伝えられています。 ■基本方針は、重要事項説明書、運営規程等に記載され、いずれも職員、利用者、その家族にわかりやすく周知されています。 	

		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)	<ul style="list-style-type: none"> ■事業計画の作成にあたり、外部環境分析・内部環境分析が行われ、平均利用者数の推移を把握しています。 ■経営状況については2～3か月に1回、監事による分析、ミーティングを行っており、把握と検討が行われます。 ■管理者が集団指導に出席、市役所のHPを絶えずチェックして地域の福祉計画全体の動向の把握に努めています。 ■労務管理、社会福祉などで事業所運営において法改正があった場合には研修を直ちに受講するなどして、事業所運営に関する情報把握と分析を行っています。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■経営状況の把握、分析をもとに、職員の体制、人員の確保などの課題が明確になっており、理事や職員、後援会メンバーが会議で検討し、意見を収集することができます。 ■職員にも社員総会、理事会議事録は公開され、個別面談においても経営課題の周知が図られています。 	

		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)	<ul style="list-style-type: none"> ■10年以上後を見据えた事業計画・事業展開案があり、それに基づく中長期事業計画があります。 ■目ざすビジョン、外部環境分析をもとに、課題を明確にしたうえでの中・長期的な事業展開に関する計画が策定されていますが、中長期の収支計画が策定されておらず、策定が望まれます。 	

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。	b
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■上記中長期計画をもとに、単年度計画への落とし込みができており、事業内容は実行可能な具体的計画となっています。 ■単年度収支計画については、前年実績をもとに作成されているので、中長期計画から単年度への落とし込みができるとより良いものと考えます。 	
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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■事業計画の策定については聞き取りにより中堅職員の意見をできるだけ取り入れるようにしています。 ■策定された事業計画は文書の配布、職員会議での説明により、全職員に周知が行われています。 ■半年経過した時点（10月）での事業計画の実施状況の評価と見直しを行い、職員会議で職員に周知が行われています。 	
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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■事業計画は理事会で理事全員に説明され、理事の中に利用者の家族が保護者代表として選任されています。 ■HPで事業計画が公表され、定期的に行われる家族会でも文書により配布、理事長による説明が行われています。 	

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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■第三者評価を受審し、福祉サービスの質の向上、事業運営の適正化に取り組んでいます。 ■サービスの向上につながる要望や意見、相談があった場合には随時三者会議（管理者、主任、リーダー）を随時開き、早期の改善を行っています。 ■各種マニュアルの作成、見直し、加筆を行っています。 	
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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■第三者評価の結果をもとに目標を定め、事業計画に反映させています。 ■マニュアルの見直し、個別の研修計画の策定と実践、施設内で利用者が一人になれる場所の確保など、改善すべき点が明らかになれば、次年度、改善に取り組んでいます。 	

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込めている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■管理者の役割、管理者名は、重要事項説明書、運営規程に明記されています。 ■年度の変わり目の職員会議において、職務分掌を記載した職員体制図が配布されています。そこで管理者・サビ管・主任の役割、責任を職員に周知しています。 ■災害時における役割分担が明確になっています。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■管理者は、利害関係者との適切な関係を築いています。 ■障害者総合支援法を理解・遵守しています。 ■幅広い分野の関連法令について取組を行い、職員会議において獲得した知識を発表し、職員全体への周知が図られています。とくに、労働法については、就業規則の記載を法改正に基づき変更し、法令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)	<ul style="list-style-type: none"> ■管理者が福祉サービスの質の向上に自ら積極的に参画しており、職員会議や三者会議（管理者・主任・リーダー）担当者会議等において、職員の意見を反映するための取組を行っています。 ■福祉サービスの質の向上について、LINEワークスを導入して職員の意見を反映しやすくする取組を行っています。 ■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って福祉サービスの質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)	<ul style="list-style-type: none"> ■管理者は、人事を踏まえて、月次人件費率の分析を行い、半期ごとに必要に応じて予算修正を行っています。 ■年3回労使間での話合いの機会を設定し、組織内に同様の意識形成するための取組を行っています。 ■人員は基準よりも多く配置し、職員がゆとりをもって福祉サービスの実施ができるような環境整備に取り組んでいます。 	

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)	<ul style="list-style-type: none"> ■人材定着のため、採用当初は教育係によるOJTを行っています。 ■定着後は、個別の研修計画と目標管理を行い、個々の資格取得とスキルアップを支援しています。 ■中長期の事業計画において、必要な人材、資格保持者が明確であり、計画的に採用されています。 ■サービス管理責任者研修、強度行動障がい支援者研修の受講を促進し、報酬改定や、より良いサービスの実施のための人材育成を行っています。 	
II-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■職員の個別の面談を少なくとも年2回実施し、職員の要望をきくようにしています。 ■職種ごとに賃金テーブルが定められ、就業規則に明記されています。 ■キャリアパスを定め、人事基準が明確になっています。賃金とも連動させており、就業規則等によって職員に周知されています。 	

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。

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)	<ul style="list-style-type: none"> ■育児休業の取得実績、男性の育児目的休暇の取得実績があります。 ■有給休暇を取得しやすい環境を整えており、計画的な有給授与の結果、有給消化率100%を達成しています。 ■職員の意向把握がしやすいように、定期的な個人面談を行っています。 	

II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■職員一人一人に対する研修計画が設定されており、個別面談において組織の目標や方針を周知しています。 ■キャリアパスに「期待する職員像」が明示され、周知されています。 ■目標は、個別面談により進捗管理が行われています。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■組織が目指す福祉サービスの実現のため、「期待する職員像」が明示されています。 ■理念、基本方針に基づき職員の教育、研修の計画を策定し、定期的に計画の評価、見直しを行っています。 ■職員の中から研修係を選定し、策定された計画に基づいた教育・研修が確実に実践される体制を構築しています。 	

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) <ul style="list-style-type: none"> ■職員一人ひとりの個別年間研修計画が策定されています。 ■職員のキャリアや職務内容に応じた、サビ管研修・防災研修・さおり織の研修・行動援護研修等の外部研修受講実績があります。 ■リーダーとなる人材育成のため、ホワイトボードを使用したコーチング研修受講の実績があります。 ■福祉に関する研修はシフトを調整して勤務時間内で受講するようにして給料を支払い、研修にかかる費用も法人が負担しています。 ■個別研修年間計画で研修や日常の支援を通じて達成する個別の年間目標が定められています。 	
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。	—
(コメント) 実習生の受入なく評価対象外【ただし、実習生受け入れ指導者の研修修了者がいます。】	

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) <ul style="list-style-type: none"> ■事業所HPやNPOのポータルサイト等で法人の理念、基本方針、事業計画、事業報告、財務状況は適切に公表されています。 ■広報誌（陽の丘）が年数回発行されており、法人の活動内容を地域や社会に向けて発信が行われています。 ■クレームや意見・相談は、対応や改善も含めて職員会議・勉強会・家族会で公表されています。 	
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) <ul style="list-style-type: none"> ■書類の分類やファイル方法が明確になっています。ファイルの色により内容、閲覧の範囲が分類され、職員に周知されています。 ■必要に応じて外部の専門家により経理処理方法等について指導、助言が行われ、毎年の決算は、監事の監査を受けてから管轄行政庁へ報告されています。 ■組織図、業務の担当者、職務分掌が明確であり、職員に周知されています。 	

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)	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者が午前中に散歩で地域を歩いたり、前の道を掃除したりする活動を通じて、地域とのつながりを持てるように支援を行っています。 ■障がい者手帳を提示して無料になる施設や行事、講習の紹介を利用者に行っています。 ■AEDを設置しており、堺市消防局の「まちかどAED」として登録されています。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ボランティア受入マニュアルが策定されています。 ■マニュアルにはボランティアの登録や配置の手続き、事前説明に関する記載があり、ボランティアへの必要な研修が行われています。 ■他の入所施設でのさをり織りを通じた支援のボランティアを行っています。 	

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)	<ul style="list-style-type: none"> ■関連する他事業所や医療機関の電話番号一覧表等の資料を配布するようにしています。とくに、障がい者に対応しているクリニック情報やインフルエンザ予防接種情報については、関係事業所との情報共有、利用者への情報提供が適切に行われています。 ■医療機関と連携し、利用者に健康診断の受診を促進しています。 ■堺市西区の障がい福祉事業所の連絡会に参加し、基幹相談支援事業所と連携して関係機関、団体との定期的な交流を行っています。 	

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)	<ul style="list-style-type: none"> ■西区の障がい者ネットワークに加入し、定期的に勉強会に参加しています。 ■看護師を雇用しており、事業所でAEDを設置していることを地域に公表し、そのための研修を職員に行っています。 ■災害時において、近所の会社や高齢者施設などと連携し、備蓄食料や寝具などを共用しあえる体制を構築しています。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■関係機関、団体との連携を行い、災害時対策を行っており、地域の「まちかどAED」を設置しています。 ■一昨年から地域のシアターにおいて紙芝居の公演をしています。 ■さをり織りや人形制作で、聴覚障がい者の劇団に協力しています。 	

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)	<ul style="list-style-type: none"> ■倫理綱領を策定し、行動規範が明確であり期末の研修で職員に周知しています。 ■利用者尊重の基本姿勢が反映された標準的なサービスの実施方法をマニュアル化し、職員全員が同じ方針でサービスができる体制を構築しています。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■プライバシー保護マニュアル、虐待防止マニュアルが整備され、職員が虐待防止の自己チェックを年2回行い、面談が必要な場合は、面談を行っています。 ■虐待防止については堺市の虐待防止に関する資料を用いて研修を毎年行っています。 ■利用者にとって快適な環境を提供し、相談室、男女別のロッカー室、男女別のトイレを設置し、利用者のプライバシーを守れるように設備等の工夫を行っています。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■HP作成、区役所・基幹相談支援センター・支援学校へのパンフレットの設置、重要事項説明書のルビ版の作成、WAMNETでの情報公表、毎月の通信誌、季刊誌発行を行って、利用希望者への情報提供に努めています。 ■年度ごとにパンフレットや重要事項説明書等を見直し、情報提供が適切に行われています。 ■体験入所、見学、一日利用の受入を実施しています。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■サービスの開始にあたり、重要事項説明書、契約書等の書面による説明が行われ、利用者から書面で同意を得ています。 ■書面はルビ版、拡大版が作成され、利用者や家族等が理解しやすいように配慮されています。 ■定期的なモニタリングを行った結果、個別支援計画の変更が必要な場合は、変更した個別支援計画案についてサービスの担当者の意見を確認し、本案は利用者や保護者の同意を得て交付しています。 	
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■他の福祉施設へ移行する場合、利用者や家族、新しい事業所に対し定められた形式の引継ぎ文書を渡し、利用者に対しては見学の同行を行うようにしています。 ■後日職員が様子を見に行くなどして、事業所間で連携してサービスの継続を行うように努めています。 ■お風呂のサービスが実施できないため、介護保険のデイサービスに引き継いだ実績があります。 ■福祉サービスの終了にあたっては、退所後の相談窓口の文書による明示がされていないので、改善が望まれます。 	

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) <ul style="list-style-type: none"> ■職員が利用者満足を把握する目的で、家族会に出席しています。 ■事業所内で利用者満足に関する担当者を選定し、利用者満足把握と結果の分析、検討と改善の提案を行っています。 ■定期的に5～6名の利用者に面談を行い、意思、意向の確認、意見の聞き取りを行っています。 	

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) <ul style="list-style-type: none"> ■苦情解決責任者・苦情受付担当者の設置、明示を行い、苦情解決マニュアルがあり、苦情内容及び解決結果等を職員会議や保護者会などで公表、周知をしています。 ■苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した資料は、利用者や保護者が閲覧できるファイルにして、いつでも説明できるようにしています。 ■利用者との定期面談や職員会議で出た意見についても苦情として取扱い、改善を行っています。 ■役所の職員や学校の先生などで組織される第三者委員会を設置しています。 	
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) <ul style="list-style-type: none"> ■利用者との面談を定期的に行って相談、意見を積極的に聴取しています。 ■利用者にわかりやすいように、その日の出勤者を顔写真で掲示して、相談や意見を言いやすい環境を整備しています。 ■苦情受付担当者名、受付電話番号のほかに、公的な苦情相談窓口を印刷して配布、閲覧できる場所にファイルを置いています。 ■だれでもが意見を書いて入れられる意見箱を設置し、活用しています。 ■家族からの相談・意見は、家族会でも聞いていますが、日常的に理事長や送迎担当の職員が聴取するようにしています。 	
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) <ul style="list-style-type: none"> ■利用者からの相談・意見は必ず個室の相談室で、場合によっては施錠して聞くようにしています。 ■職員が、把握した意見や相談に対して、職員会議や三者会議等で迅速に対応できる体制が構築されています。 ■意見、相談に対応し、一人になりたい場合のスペース、喫煙スペースを設置しました。 ■職員は、把握した意見、相談について対応に時間がかかる場合は、速やかにその状況を利用者や保護者に説明しています。 	

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)	<ul style="list-style-type: none"> ■事故対応マニュアルを作成し、職員に周知されています。ヒヤリハット報告書の収集を行い、改善策や再発防止策を検討し、実施する等の取組を行っています。 ■送迎車両に関すること、衛生に関すること、利用者に関することなど、各担当者が定められて、リスクマネジメント、サービスの質の向上に取り組んでいます。 ■施設の建物について定期点検、年2回の消防設備点検も行われています。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■感染症予防と発生時等の対応マニュアルを作成し、職員への周知徹底を行っています。 ■感染症のマニュアルは定期的に見直し、コロナ対応についての資料を職員や利用者に配布して周知しています。 ■検温、アルコール消毒、換気に努め、看護師を中心に定期的に感染症予防や対応についての勉強会を行っています。 ■感染症対策として、水道の蛇口栓を非接触型のものに取り替えた実績があります。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■災害時対応マニュアルが作成され、災害時の対応体制が定められ職員、利用者、家族に周知されています。 ■食料や備品類等の備蓄リストを作成し、管理者を定めて管理しています。 ■避難訓練を年2回は行っています。消防署にきてもらい、研修も行っています。 ■災害時利用者を帰宅させずに事業所内で過ごす場合の訓練を行っています。 ■家族との連絡網が定められ職員に周知されています。 	

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)	<ul style="list-style-type: none"> ■重要事項説明書、運営規程に利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に係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。 ■サービスが標準的な実施方法で行われており、場面ごとに文書化して共有化されています。 ■標準的な実施方法は、個別支援計画とは区別されており、実施時の留意点や施設的环境に応じた業務手順、基本的な相談・援助の技術が明記されています。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■標準的なサービスに対する検証・見直しが定期的に行われる職員会議や三者会議において行われ、必要に応じて個別支援計画へ反映されています。 ■上記のほか、新しい利用者の通所が始まるごとに、見直しを行っています。 ■職員との面談において、標準的な実施方法についての文書を確認し、実施状況について意見をきいています。 	

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) <ul style="list-style-type: none"> ■利用者全員の個別支援計画が策定されており、サービス管理責任者が担当しています。 ■サービス管理責任者により適切にアセスメントが行われています。 ■アセスメントをもとめた個別支援計画案の検討は、サービス担当者会議で職種をまたいで行われ、文書により利用者に説明が行われています。 ■サービス提供記録があり、個別支援計画どおりにサービスが実施されていることが確認されています。 	
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) <ul style="list-style-type: none"> ■個別支援計画の見直しは6か月に1回モニタリングにおいて行われています。 ■モニタリングは、サービス管理責任者により適切に行われ、必要に応じて個別支援計画の変更が行われています。 	

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) <ul style="list-style-type: none"> ■サービス提供記録を作成し職員間で共有ができています。 ■できるだけ記入事項に差が出ないようにパソコンのネットワークシステムを導入し、記録しやすく共有しやすい仕組みが整備されています。 ■保護者との連携のため、連絡帳を作成し、毎朝職員間でチェックしています。 ■LINEワークスにより職員間で情報が周知されています。 	
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) <ul style="list-style-type: none"> ■サービスに関する記録は5年間鍵付きの書庫で保管ができており、ファイルの色によって情報の閲覧範囲を定めるなど、管理体制の工夫が見られます。 ■個人情報の保護についての研修を定期的に行い、職員にも周知しており、個人情報使用同意書を利用者本人と家族からもらっています。 	

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)	<p>■利用者面談を定期的に行って利用者と話し合う機会や、毎週金曜日に利用者同士が意見を言い合う機会を設けて、利用者が自分の意見を表明できる支援を行っています。</p> <p>■職員会議で職員が利用者の権利について検討し、理解、共有して利用者の意向、自己決定を尊重する取組が行われています。</p> <p>■利用者のやりたいことをできるだけ叶えるようにし、ミシンでマスクを作りたいという要望に応じてミシンを購入した実績があります。</p>	
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)	<p>■毎月2回虐待防止に関する会議を行うほか、毎年人権研修を職員全員が受講しています。</p> <p>■身体拘束しない支援のためのマニュアルが整備され、権利侵害に関しての責任者名や、相談窓口の掲示が行われています。</p> <p>■利用者が、事業所外で権利侵害を受けていないか、朝、通所時に必ず身体や様子を観察するように努めています。</p> <p>■職員には、サービスの自己点検を定期的に行ってもらい、必要に応じて職員面談を行っています。</p>	

		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)	<p>■定期面談によって、取り組みたい作業等について、利用者の希望の聞き取りが行われています。そこでの希望により利用者が制作したものを販売した実績があります。</p> <p>■支援はできるだけ見守りに徹して、利用者が自分のことは自分でできるようにしていますが、利用者自らから「助けて」と発せることができる支援も行っていきます。</p> <p>■日々のスケジュールの「見える化」に工夫し、1日の時間を自分で管理できるように支援しています。</p> <p>■療育割引ができる施設の紹介をするなど、生活関連サービス等の利用支援を行っています。</p>	
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)	<p>■意思表示が困難な利用者のコミュニケーションの手段として、絵カードを使用したり、1日のスケジュール把握のため、様々な種類の時計を設置しています。</p> <p>■意思表示が困難な利用者の希望や意思を理解するため、相談支援事業所やグループホームや移動支援等と連携をとっています。</p>	

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)	<ul style="list-style-type: none"> ■週1回の「勉強会」や、個別面談によって利用者が話したいことを話せる機会を定期的に設けています。 ■職員の配置を手厚くし、利用者が相談しやすい環境を作っています。 ■相談を受けたら、ケース会議や個別支援会議などで議題とし、必要があれば利用者の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)	<ul style="list-style-type: none"> ■個別支援計画にもとづき、利用者の状況に合わせてビーズやさおり織、書道、ミシンでの手芸、など、多岐にわたる日中活動が行われています。 ■利用者アンケートをとって希望に応じ、ピアノの演奏や、パソコンで動画を見る、などの支援も行われています。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■強度行動障がい者の個別支援計画を作成し、所定の研修を修了した職員が主に支援を行っています。職員全員が支援の情報を共有できるようにケース会議を定期的に行い、記録の整備もできています。 ■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、個別的な支援を行っています。 ■利用者間での関係の調整は、職員を交えた面談により行われています。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者の食事は、注文を聞いて弁当を購入できるほか、希望に応じて近所の店に買いに行くことができます。 ■購入可能な弁当は、刻み食、一口大の食事にも対応しています。 ■利用者の障がいの程度に応じた排泄の介助を行っています。男性の利用者には立位での排泄ができるトイレを設置しています。排泄を失敗したときに対応できるシャワーがあります。 ■送迎車が数台あり、半日だけの利用のために、昼の送迎を行うなど、利用者の生活状況に合わせた送迎体制を整えています。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■コロナの対策として、水道蛇口栓を非接触型に変更し、密にならないように、大きなテーブル設置をやめて小さいテーブルを複数設置し、椅子も背もたれのない面積をとらないものに変更しています。 ■クールダウン時などに1人になれる場所や喫煙所を設置できています。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■看護師をはじめとし、多職種が関与して機能訓練計画、生活訓練計画が作られ、実践されています。 ■定期的にモニタリングを行い利用者の心身の状況を把握し、機能訓練、生活訓練の内容の見直しを行っています。 	

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)	<ul style="list-style-type: none"> ■定期的な医師の往診において、健康上の相談に応じています。 ■職員全員に健康管理や感染症に関する研修を行っています。 ■看護師の指導のもと、健康状態の観察の方法や記録の取り方を職員に周知しています。 ■毎日利用者の体温、血圧のチェックを行っており、異常があれば迅速に対応しています。 	
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。	—
(コメント)	非該当	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■遠足を工場見学や社会見学のメニューにしたり、利用者の様子を見ながらグループごとに外出してみるなど、利用者の社会参加のきっかけとなる支援を行っています。 ■療育手帳で無料で利用できる施設の情報を利用者に積極的に提供しています。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■アセスメントにより課題を把握したうえで、「親なきあと」を考慮し、必要であればグループホームの紹介を行ったり、外出のためのガイドヘルパーの紹介を行っています。相談支援事業所とも連携しています。 ■コンビニでの買い物に同行したり、利用者間でクリスマスプレゼント交換をする際に金額を決めてその範囲で買ってもらうなど、お金の勉強を利用者がする機会を設けています。自分で生活していくために不可欠な、お金の使い方を勉強する支援を行っています。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■家族会が定期的開催され、職員も参加して家族からの意見や相談に対応しています。理事の中に家族代表がおり、事業所と家族がコミュニケーションを密に取れる体制が構築されています。 ■利用者の体調変化などについても日々家族と連絡をとっています。 	

		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 人
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:

- ・嫌なことを強制されない。
- ・自分の意見や思いを聞く時間をとってくれる。
- ・さをり織が好きなので、それができるのが楽しい。
- ・職員が全員優しいし、要望を聞いてくれる。
- ・友人が施設内で増えている。

改善が望まれる点:

とくにない。

講評

2人の利用者にお話を伺いました。

2人とも、職員の対応については、優しく接してくれること、意見や要望を聞き取ってそれに応じてくれることを高く評価しておられます。

また、なかなかコロナ感染症の対応により制限された交流の機会を利用しつつも、利用者どうしが良好な繋がりを持っていることも伺えました。

事業所の方針として、利用者の自己表出の尊重をする支援に取り組んだ結果ではないかと考えられます。

施設の建物については、一人になれる場所がない、という改善点があげられていましたが、本年度は訓練作業室と隣接する形での場所の確保が工夫されており、その不満は聞かれませんでした。

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