

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	
FAX番号	072 - 271 - 8002	
ホームページアドレス	https://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 3 名	非正規 10 名
専門職員※	介護福祉士 5名 強度行動障がい支援者実践研修修了者 4名 保育士 3名 看護師 1名 医者 1名 ※ヘルパー2級保持者もいます。	
施設・設備の概要※	[居室] なし	
	[設備等] 訓練作業室 1（さをり織機5台等） トイレ 4（男子2 女子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	0 回
前回の受審時期	- 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】

理念

- ・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、地域で安心し自分らしく生活できるように支援していきます。
- ・障害者をはじめとして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もっていただくことを目的としています。そして、そのかけがえのない一人の人の人生を豊かで良いものにすることです。

基本方針

- ・事業所は利用者が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、入浴、食事排せつ等の介護、創作的活動又は生産活動の機会の提供その他の便宜を適切かつ効果的に行うものとする。
- ・指定生活介護の実施に当たっては、地域との結びつきを重視し、利用者の所在する市町村、他の指定障害福祉サービス事業者、指定一般相談支援事業者、指定特定相談支援事業者、指定障害者支援施設その他福祉サービス又は保健医療サービスを提供する者との密接な連携に努めるものとする。
- ・前二項の他、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律」及び「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準」に定める内容のほかその他関係法令等を遵守し、事業を実施するものとする。

【施設・事業所の特徴的な取組】

支援の日数・時間を長くしています。

月曜日～土曜日 9：30～16：30まで開所しており、ご家族が就労することが可能

お昼の送迎も行っています。

午前中に活動し、午後から訪問看護サービスや居宅サービスを受けることや、午前中に通院したり習い事をして午後から活動することも可能です。一日中活動をするに体力や持続力が持たない利用者にとって通所しやすい環境を作って、あすなろ授産所（日中活動）を欠席しないで済みます。

構造化を取り入れています。

利用者にも職員にもわかりやすくするために、1日や曜日ごとのスケジュールの明確化や絵や図を使った視覚化等、「構造化」を多く取り入れています。施設内を整理、整頓し、物の考え方もシンプルにしています。

【評価機関情報】

第三者評価機関名	一般社団法人障がい福祉事業支援協会
大阪府認証番号	270050
評価実施期間	令和元年9月24日～令和元年10月9日
評価決定年月日	令和元年10月31日
評価調査者（役割）	1801B001（専門職委員） 1801B037（運営管理委員） （ ） （ ） （ ）

【総評】

◆評価機関総合コメント

本事業所は、百舌鳥支援学校を母体として親・支援学校・行政・後援会の協力のもとで50年前に設立された歴史のある施設である。よって、理事長にも50年間の歴史を大切に思い、その歴史をけがしてはならない、という気概が感じられた。

当事業所の理念は「障がい者や社会的に支援が必要な人たちに自己決定する力をつけ、地域で安心して自分らしく生活ができるように支援を行う」ことである。パンフレットやHPには「生き抜く力を身につけよう！」という利用者への言葉が記されている。

とくに、本事業所では利用者を尊重し、利用者が自由に意見を言える環境を作るための工夫が随所に見られた。また、管理者でもある理事長のリーダーシップのもと職員会議、ケース会議、職員の個別面談、三者会議（管理者、主任、リーダー）によって職員間のコミュニケーションが密に行われるとともに、利用者との個別面談も定期的に行われるなど、利用者からの意見、相談事にすぐに対応する取り組みも行われていた。

2017年4月に、現在の場所に移転されてきた施設は、まだ新しく、明るく清潔で、利用者にとって使いやすい設計になっている。

◆特に評価の高い点

利用者の尊重と権利の擁護

職員に研修が行われるだけでなく、利用者にも「自分の意思、意見をはっきりと言ってもらいたい」ということを支援を通じて伝えている。また、その訓練にもなる週1回の「勉強会」という、利用者同士、自分の意見を言い合える機会を作っていた。利用者の特性に応じた個別的支援を行い、利用者が1日の自分のスケジュールを把握し管理できるようにする、などの支援を行っていた。

福祉人材の確保と育成、管理者のリーダーシップ

職員には職員会議、個別面談によってさまざまな情報を周知するばかりではなく、意見の聞き取りを行ってサービスの改善、職員の処遇の改善を図っていた。

◆改善を求められる点

事業計画の策定、マニュアル、数値目標の作成

中長期の事業計画はあるが、収支計画は具体的には文書化されていなかった。

その他、初心者職員、入所したての職員、ボランティアにもわかりやすいマニュアルや数値の目標がまだ未整備な部分がある。

事業所はまだ新しく、明るく清潔で、利用者にとって使いやすい設計になっているが、定員に達しないものの、手狭に感じるところがあるようだ。サービス利用を希望しながらお待たせしている利用者もいることもあり、より快適な環境を目指し、将来的にはもう1つの事業所を開設したい、という課題がある。

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

当事業所では、できるだけ透明性のある事業運営を目指し、職員や利用者、利用者家族に、事業所のことをわかりやすく説明したり、意見を求めたりする機会をできるだけ設けるように努力してきた。

しかし、職員間の暗黙の了解でわかっている、とあってマニュアルを作成していなかったり、目標が具体的になっていなかったりして、数値化、文書化ができていない部分があることがわかった。また、それは、従前より事業所内でも課題としてなんとなく気になっていたところでもあった。

今回第三者評価を受けて、改善すべき課題が明確化された、という思いである。次回までにbやcの評価がついている部分を改善し、より良い事業所を目指したい。

一方、利用者ヒアリング等で、今まで力を入れて取り組んできたことが評価され、うれしく思っている。

◆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。		
1	Ⅰ-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■理念は法人のHPやパンフレットに掲載されており、職員会議や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、運営規程に記載され、利用者、その家族、職員にわかりやすく説明されています。 	
		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。		
2	Ⅰ-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■事業所説明会以外の機会でも市役所に直接出向いて福祉行政に関する情報を収集するなど、行政との連携に努め地域福祉の動向と内容を把握、分析しています。 ■労務管理や社会福祉などで法改正があった場合には研修を受講するなどして事業経営に関する情報把握と分析を行っています。 	
3	Ⅰ-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■事業所独自の経営状況や改善点については明確になっており、経営課題は理事や監事に共有化が図られています。 ■社員総会、理事会議事録や事業報告書は職員にも公開されており、経営課題の周知が職員に対しても図られています。 	
		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。		
4	Ⅰ-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■10年後、50年後のスパンで事業をどのように展開していきたいのか、という事業計画があります。 ■上記のスパンでの事業計画に基づく中長期計画があります。 ■中長期的な計画に基づく収支計画は、明確化されたものではありません。 	
5	Ⅰ-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■収支計画は前年実績との対比により策定されています。 ■事業計画は経営課題を踏まえた中長期計画をもとに、単年度で具体的、実行可能なものとなっています。 	

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。			
6	I-3-(2)-①	事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	a
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■事業計画を策定するにあたり、職員会議等で職員の意見を聞いて職員の参画を確保できています。 ■事業計画の作成後は、職員会議で職員への周知が行われており、職員からの質問にも対応するようにしています。 	
7	I-3-(2)-②	事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■事業計画、収支はHPに公開され理解を促しています。 ■定期的に行われる家族会に職員が同席し、理事会、社員総会において承認された事業計画、事業報告の説明が行なわれ、周知が図られています。 	

			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。			
8	I-4-(1)-①	福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	b
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■サービス向上を目指した職員会議や面談、三者会議（理事長、主任、リーダー）をして事業所の全員が共通の認識を持ち、福祉サービス向上への取組を行っています。 ■とくに、サービスの向上につながる相談や提案があった場合は随時三者会議を行って早期の改善を行うようにしています。 ■第三者評価を令和元年度から大阪府基準のものを受審を始めています。これから、第三者評価の評価基準、着眼点を参考にしたサービスの質の向上に向けた取組が望まれます。 	
9	I-4-(1)-②	評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	b
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■サービス向上のために職員会議、職員との個別面談、三者会議を行い、改善案を策定し実行はされています。 	

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。			
10	Ⅱ-1-(1)-①	管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	a
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■管理者の役割について、重要事項説明書、運営規程での説明があります。 ■管理者の職務分掌を定めていて、職員に対して会議や研修において役割を表明しています。 ■災害時における役割、分担が明確になっています。 	
11	Ⅱ-1-(1)-②	遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	a
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■管理者は遵守すべき各法令を理解しています。 ■管理者は、遵守すべき法令についての研修に参加し、職員へのフィードバックを行っています。 	

II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。			
12	II-1-(2)-①	福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	a
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■担当者会議、職員会議、家族会を定期的に行い、職員や利用者との個別面談を行うことによりサービスの質の向上に取り組んでいます。 ■利用者、家族、職員からの言葉を大切に、事業所運営やサービスの向上に繋ぐようにしています。 	
13	II-1-(2)-②	経営の改善や業務の実行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"> ■職員の処遇改善や環境整備など、職場環境改善に対して意欲的に取り組んでいます。 	

	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。			
14	II-2-(1)-①	必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	a
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■人材の定着のため採用当初は教育係をつけてOJTで教育を行うようにしています。 ■資格取得、スキルアップを旨として本人の希望をきくようにしています。 ■現在は人員計画通りの体制を組んでいるが、将来を見据えた人材育成、人員採用を行っています。 	
15	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"> ■職員の個別面談は1名につき必ず年2回（春・秋）行われています。 ■期待する人物像については、キャリアパスを定め、明確に職位、職責、職務内容が定められています。 	
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。			
16	II-2-(2)-①	職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	a
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■職員の就業状況は個別に把握できるように努めています。 ■有給休暇の取得にも努め、取得率100%を達成できており、育児時短制度の利用もあります。 ■時間外勤務は、業務の効率化に努めることにより抑えられています。 ■賃金については、手当の出し方など、職員の意向を聞き、不公平な状況から改善ができています。 	
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。			
17	II-2-(3)-①	職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	b
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■理念に基づく職員1人1人の目標設定が文書化できていませんが、職員1人1人に対する面談が行われています。 ■全員が最低年1回以上の研修を受講する研修計画を立てており、実行されています。 	
18	II-2-(3)-②	職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	b
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■理念、基本方針に基づく教育、研修体系を作っていくことが必要ですが、外部研修、施設内研修を含め、年間の研修計画は策定されており、実施されています。 	

19	II-2-(3)-③	職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	a
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■職員一人一人について、教育・研修の機会が確保され、適切に教育、研修が実施されています。 ■福祉に係る研修はシフト調整して勤務内で受講でき、給料を支払い、研修費用（受講料、交通費）は事業所負担しています。 	
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。			
20	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。	c
	(コメント)	■実習生受け入れは行っていません。	

			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。			
21	II-3-(1)-①	運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	a
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■HP等の活用により理念、基本方針、事業計画、事業報告、予算、決算情報が公開されています。 ■利用者や職員だけではなく、利用者の保護者・家族に対しても定期的な家族会の開催を通じて情報を公開できています。 	
22	II-3-(1)-②	公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a
	(コメント)	■経理、決算書類について、作成したら外部の経理の専門家に確認してもらい、監事による監査を毎年受けています。	

			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。			
23	II-4-(1)-①	利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	a
	(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つながりを持てるように支援を行っています。 ■利用者の個別的状況に応じて、普段の生活やイベントを通じ、地域と交流を持てる機会を確保しています。 	
24	II-4-(1)-②	ボランティア等の受け入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	c
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■ボランティアの受け入れに関する基本姿勢は明確ではないものの、長年継続して受け入れを行えています。 ■事業所を卒業された利用者の家族で作るボランティアグループは毎月1回、授産所の作業で出た糸を利用した座布団を作成し、販売したお金を寄付するなどの活動を継続してくれています。 ■地域の高校で福祉についての講義を行い、学校教育への協力も行いました。 	

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。			
25	II-4-(2)-①	福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	a
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■事業所内に利用者、職員が閲覧できる地域の連携機関のリストがあります。 ■堺市西区の障がい福祉事業所の連絡会に参加したり、他の授産所などと地域のバザーやイベントに出品するなど、関係機関、団体との定期的な交流を行っており、連携ができています。 	
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。			
26	II-4-(3)-①	福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	a
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■施設のイベントに地元の住民を招待し、交流を図っています。 ■災害時の地域における役割についての確認に努めています。 	
27	II-4-(3)-②	地域の福祉ニーズ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"> ■支援につながっていない障がい者に対し継続的に訪問をするなど、できる支援を行うよう、努めています。 ■地域の会館に人形劇の公演を招致し、公益活動に貢献しました。 	

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。		
28	Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	a
	(コメント) ■本事業所は親、支援学校、行政、後援会が中心となって設立された経緯があり、利用者本位の福祉サービスを行い、「人権の尊重と自己決定の支援」を行うことを目的としています。 ■その考え方を歴代理事長、理事、職員が引継ぎ、職員会議やケース会議等での周知を行えています。	
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者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
	(コメント) ■プライバシー保護のマニュアルがあり、研修や職員会議を定期的に行い、職員の理解が図られています。	
Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。		
30	Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	a
	(コメント) ■重要事項説明書で丁寧に説明して情報の提供を行っています。 ■HPやパンフレット、事業所の概要説明ファイルにより事業所の特性をわかりやすく説明ができています。	
31	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	a
	(コメント) ■サービスの開始、変更にあたっては重要事項説明書を作成、変更して利用者、その家族に説明を行い、サインや押印により同意を得ています。重要事項説明書はフリガナを加えたり、文字を大きくするなどして、利用者に対してわかりやすい様式の使用に努めています。	
32	Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a
	(コメント) ■他事業所へやむを得ず引き継ぐ場合、担当者や管理者から障がい者本人への面会や電話による聞き取りを行い、スムーズに次の事業所でのサービスが受けられるような支援を行うようにしています。	
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a
	(コメント) ■定期的に利用者が自分の意見を言える「勉強会」を行っています。また、定期的に5~6名の利用者に対して面談を行い、利用者満足につながる意見を聞ける仕組みを整備し、運用に努めています。	
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。		
34	Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	b
	(コメント) ■苦情解決マニュアルを策定し、苦情、意見に対応する体制ができています。 ■苦情の公表は、事例に応じて行うようにしています。 ■事例があった場合は職員会議があれば報告し、なければホワイトボードに記載して周知ができています。 ■第三者委員会は組織されてはいませんが、第三者的な立場で事業所の運営を確認する後援会が存在しています。	

35	Ⅲ-1-(4)-②	利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	a
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■相談室が完備されており、個別に相談ができる環境となっています。 ■職員を基準よりも手厚く配置して利用者の話を1:1で傾聴しやすい環境として、傾聴に努めています。 ■「忙しそうだから何を言ってもきいてもらえない」と利用者にも思わせることがないように職員配置と職員教育を行っています。 	
36	Ⅲ-1-(4)-③	利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	a
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■当日出勤している職員の写真が掲示されていて、利用者が相談しやすい環境ができています。 ■利用者からの相談、意見はその場でできるだけすぐに聞くようにし、「後で」とは言わないようにしています。 ■相談の内容は職員会議（欠席者にはホワイトボードでの周知）で共有され、迅速に対応しています。 	
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。			
37	Ⅲ-1-(5)-①	安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	b
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■事故発生時や緊急時のマニュアルがあり、職員に周知しています。 ■職員には、定期的に事故防止の研修が行われています。 ■ヒヤリハット事例の収集、対応策の検討も行われています。 	
38	Ⅲ-1-(5)-②	感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	a
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■感染症防止マニュアルがあり職員に周知されており、嘔吐対応キットも完備されています。 ■感染症の防止や利用者の健康づくりに関する研修を提携している看護師が定期的に行っており、職員、利用者ともに感染症予防や発生時の安全確保についての意識の向上に努めています。 	
39	Ⅲ-1-(5)-③	災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	a
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■避難訓練を年2回行っています。春は消防、秋は地震の訓練としています。 ■消防訓練では実際に地元の消防署に来てもらって研修もしていただき、地震の訓練は周辺施設と合同で分担を決めて行っています。 ■食料や備品についても、周辺施設との連携をして、利用者にも不自由をさせないような体制を整えています。 ■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利用者に対して行っています。 ■災害時の親との連携をとれる連絡網も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。			
40	Ⅲ-2-(1)-①	提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	b
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■運営規程、重要事項説明書に標準的なサービスの実施方法が明記され、利用者にも説明され、それに基づいてサービスが行われていますが、より多くの実施方法についての文書化が望まれています。 	
41	Ⅲ-2-(1)-②	標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	b
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■各種マニュアルの見直しの記録はありませんが、月2回の職員会議、三者会議での検証、見直しが行われています。 	

Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。		
42	Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別支援計画を適切に策定している。	a
	(コメント) <ul style="list-style-type: none"> ■サービス管理責任者が利用者宅を訪問し、アセスメントを行っています。 ■アセスメントに基づく個別支援計画原案をサビ管が作成し、サービス担当者会議で意見を求めています。意見を求め、修正があれば修正し、確定した個別支援計画は文書により利用者に説明が行われています。 ■以上の手続きを守り、個別支援計画の適切な策定に努めています。 	
43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	a
	(コメント) <ul style="list-style-type: none"> ■6か月に1回以上のモニタリングを行い、個別支援計画の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。		
44	Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	a
	(コメント) <ul style="list-style-type: none"> ■サービス提供記録は提供日、内容その他必要事項を記入しやすい様式にして、職員により差が出たり、記録の記載に無駄に長時間かからないような体制づくりに努めています。 	
45	Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a
	(コメント) <ul style="list-style-type: none"> ■記録はファイリングし、5年間鍵付き書庫に保管しています。 ■個人情報保護について定期的に研修が行われており個人情報の利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		
A①	A-1-(1)-① 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者話し合う機会や利用者同士が意見を言い合う機会を定期的に設けていて、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。 	
A-1-(2) 権利侵害の防止等		
A②	A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者の権利侵害防止に関する各種マニュアルを整備し、職員には研修で周知しています。利用者には「自己表出の促し」と「自分の意見を言ってもいいんだ」ということを伝えています。 	
A-2 生活支援		
A-2-(1) 支援の基本		
A③	A-2-(1)-① 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■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。 ■特に日々のスケジュール管理は、一人ひとりの特性に合わせて「見える化」に工夫し、利用者自身が自己管理できるような支援を行うように努めています。 ■地域で自立した生活ができるようにGHの見学や一人暮らしのアドバイスも行っています。 	
A④	A-2-(1)-② 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■仕草や表情から利用者固有のコミュニケーション手段やサインを発見し、利用者への個別的配慮を行っています。 	
A⑤	A-2-(1)-③ 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■職員の配置を手厚くし、利用者が相談しやすい環境を作り、様々な場面や場所において個別に相談を実施するように努めています。 ■必要に応じて相談室等での相談の機会を設けています。 	
A⑥	A-2-(1)-④ 個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■日中活動については、さおり織、お習字、ビーズ工作など、数種類のプログラムが用意されています。 ■利用者からの意見、希望を聞き取り、個別支援計画に反映し、さまざまな活動やプログラムへの参加をするための支援を行っています。 	
A⑦	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"> ■利用者の障がいによる行動特性を把握し、職員間での支援方法の検討と理解、共有を行い個別的かつ適切な支援を行っています。 ■利用者の特性に応じ、絵を描いたカードや、数種類の様式の時計、数種類の書き方の日々のスケジュール表などを使って様々な方法により支援が行われています。 	

A-2-(2) 日常生活支援			
A⑧	A-2-(2)-①	個別支援計画にもとづく日常生活支援を行っている。	a
	(コメント)	<p>■排泄支援等において、立位で用を足せる男子トイレを作るなど、社会生活に対応できるよう、心身の状況に応じ、環境整備をするなどの支援を行えています。</p> <p>■日々の食事は事業所内での調理はしていませんが、各自で弁当を用意したり、事業所で注文を聞いてほかほか弁当を購入できたり、近所のコンビニに買いに行ったりして、利用者それぞれのニーズ、希望に合わせて提供できる体制となっています。</p> <p>■送迎車が数台あり、朝が苦手な利用者のために、午後から送迎も行うなど、利用者の状況にあわせた送迎体制も整えています。</p>	
A-2-(3) 生活環境			
A⑨	A-2-(3)-①	利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。	b
	(コメント)	<p>■事業所は2017年4月に建築されてまだ新しく、障がいのある方でも使いやすい設計となっています。</p> <p>■利用者の日中活動の場は安心、安全に配慮され、清潔、適温と明るい雰囲気を保っています。</p>	
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練			
A⑩	A-2-(4)-①	利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。	a
	(コメント)	<p>■利用者が生活動作や行動の中で、主体的に機能訓練、生活訓練が行えるよう、支援を工夫しています。</p> <p>■毎日のストレッチ、音楽に合わせて体操を行うなど、身体を動かすプログラムも取り入れています。</p>	
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援			
A⑪	A-2-(5)-①	利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。	a
	(コメント)	■毎週1回、看護師による健康状態の把握、毎月1回医師による健康相談を行っています。医師の健康相談は個室で行い、利用者のプライバシーにも配慮しています。	
A⑫	A-2-(5)-②	医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。	—
	(コメント)	非該当	
A-2-(6) 社会参加、学習支援			
A⑬	A-2-(6)-①	利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。	a
	(コメント)	<p>■療育手帳による公共施設利用料金割引情報の提供を行っています。</p> <p>■外出の同行を通じ、社会参加への支援を行っています。</p> <p>■月1回土曜に少し遠方への外出を行い、地域の様々な施設を訪問して、その利用方法を学ぶ機会を設けています。</p>	
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援			
A⑭	A-2-(7)-①	利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。	a
	(コメント)	■利用者の希望や意向に応じて近隣のグループホームの情報提供や見学会を実施するなど、親なきあとの地域生活を継続するための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			
A⑮	A-2-(8)-①	利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。	a
	(コメント)	<p>■家族会を毎月1回開催し、そこに職員が同席し、家族と連携するための情報、意見の交換と交流を行っています。</p> <p>■それ以外でも、利用者について事例の大小にかかわらず家庭訪問や電話での相談対応で家族への支援を行っています。</p>	

		評価結果	
A-3 発達支援			
A-3-(1) 発達支援			
A⑯	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)	生活介護事業所のため非該当	
		評価結果	
A-4 就労支援			
A-4-(1) 就労支援			
A⑰	A-4-(1)-①	利用者の働く力や可能性を尊重した就労支援を行っている。	—
	(コメント)	生活介護事業所のため非該当	
A⑱	A-4-(1)-②	利用者に応じて適切な仕事内容等となるように取組と配慮を行っている。	—
	(コメント)	生活介護事業所のため非該当	
A⑲	A-4-(1)-③	職場開拓と就職活動の支援、定着支援等の取組や工夫を行っている。	—
	(コメント)	生活介護事業所のため非該当	

利用者への聞き取り等の結果

調査の概要

調査対象者	事業所から抽出された通所利用者
調査対象者数	2 人
調査方法	調査員2名(1名が口頭で質問、1名が書記)による聞き取り調査

利用者への聞き取り等の結果（概要）

1、人権への配慮：
いずれの利用者も即答であり、事業所内で自分の意見、意思が尊重され、相談しやすい環境にあり、相談したら職員に丁寧に対応してもらえるとのことであった。

2、個別支援プログラム：
1名は個別支援プログラムでの自身の目標をきちんと把握できていなかったものの、自分と職員とが話し合っ決定した、という認識があった。
さまざまな日中活動が用意されていて、選択の自由があり、いやなことを強制されることがなく、2名ともに好きな活動や積極的にやりたい活動があった。

3、日常生活支援：
1人になれる場所がないが、施設での日常生活には満足していた。1週間の活動予定は曜日ごとに定められ、定期的にヘルスチェックや外出ができるようになっているとのことであった。

4、その他：
ここの職員は全員がやさしく、親切に対応してくれて相談事もきいてくれる。他の利用者ともゆっくりと話ができ、良好な関係を保つことができている、とのことであった。

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