

様式 1

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	あさひ希望の里
運営法人名称	社会福祉法人 大阪福祉事業財団
福祉サービスの種別	生活介護
代表者氏名	山中 ひろみ（施設長）
定員（利用人数）	40 名
事業所所在地	〒 535-0001 大阪市旭区太子橋1丁目16番22号
電話番号	06 - 6954 - 0971
FAX 番号	06 - 6954 - 0972
ホームページアドレス	http://asahikibounosato.com/
電子メールアドレス	asahi2@guitar.ocn.ne.jp
事業開始年月日	昭和55年4月1日
職員・従業員数※	正規 12 名 非正規 13 名
専門職員※	社会福祉士3名、介護福祉士13名 管理栄養士1名、看護師1名、医師1名
施設・設備の概要※	[居室] なし
	[設備等] 食堂1、浴室1、調理室1、更衣室5、医務室1

※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】

あさひ希望の里〔めざすもの〕

1. 利用者の人格を尊重し、一人ひとりをかけがえのない人として大切にします。
 - ・利用者の思いに寄り添い、利用者の立場に立った支援を心掛けます。
 - ・プライバシーを守り支援します。
 - ・利用者に対等な関係で支援します。
 - ・丁寧な声掛けを行います。
2. 職員は常に自らの支援をふり返り、その向上に努めます。
 - ・自分らしく暮らすための自己決定を支えます。
 - ・利用者の本当の思いやねがいを知り、実現出来るよう支援します。
 - ・安心感、自己肯定感、達成感を大切にした支援を行います。
 - ・利用者同士が認め合える関係を大事にします。
 - ・利用者の立場に立てるよう、学びあう職員集団を作り専門性を高めます。
3. 利用者・家族・地域住民の皆さんとともに、誰もが健康で文化的な生活が送れる平和な社会の実現をめざします。
 - ・障害のある人の実情や願いを地域の人に発信し、理解してもらえるよう運動を行います。
 - ・障害のある人たちが生きがいや誇りを持って生きられる社会にできるよう福祉運動を行います。
 - ・平和の願いを行動に移します。

【施設・事業所の特徴的な取組】

1. 生活介護ではあるが生産性が高く工賃を定期的に支給
活動内容も幅広く、積極的な生産活動から療育的な支援、活動及び多様な行事、食に関する支援等を展開し、さまざまな障害や個別ニーズに応じた支援を実施。
2. 高齢期支援の充実
生産活動のみでなく、高齢期支援へのシフト化や個人の変化に対するアセスメントを基にした家族との共通認識化を積極的に進めている。
3. 発達支援を軸にしたプログラム
個別の知的発達段階を踏まえた支援を実施。合わせて本人ニーズをそれらから導き、日常の支援に反映。

【評価機関情報】

第三者評価機関名	大阪府社会福祉協議会
大阪府認証番号	270002
評価実施期間	平成29年7月14日～平成29年9月28日
評価決定年月日	平成29年9月28日
評価調査者（役割）	1602B037（運営管理委員） 0501B059（運営管理・専門職委員） 1501B020（専門職委員） （ ） （ ）

【総評】

◆評価機関総合コメント

「あさひ希望の里」は、昭和54年に地域の障がい児(者)の父母や支援学校の教職員により建設準備会が発足し、昭和55年4月1日に開所しました。運営は社会福祉法人「大阪福祉事業財団」が担い、生活介護を主としながら、共同生活援助、居宅介護、重度訪問介護、移動支援、日中一時支援、相談支援事業を実施しています。生活介護の定員は1日40名で、現在最高齢の利用者は68歳、平均が約44歳で高齢化の傾向にあります。場所は大阪市旭区の住宅地の中にあり、最寄り駅から500mほどのところに立地しています。

法人の理念を受けて「あさひ希望の里」の基本方針が「めざすもの」として明文化されています。その実現のために、基本方針の職員への周知に努めており、事業所の役割の明確化、サービスの質の向上に向けたPDCAサイクルの実践、働きやすい職場づくり、地域とのつながり、利用者の主体性を尊重した支援、規程・マニュアル等の整備などについて積極的な取り組みが行われています。

(注)判断基準「abc」について、(a)は質の向上を目指す際の目安となる状態、(b)は多くの施設・事業所の状態、(c)はb以上の取り組みとなることを期待する状態、に改訂されました。即ち、(b)が一般的な取組水準となり、従前に比べて(b)の対象範囲が広がります。また、改正前に(a)であった評価項目が改正後の再審査で(a)を得られなくなる可能性もあります。

◆特に評価の高い点

1. 規程・マニュアル等の整備

事業所の基本方針・組織図・職務分掌・職務権限や各支援マニュアルについては、ハンドブック等に明文化されています。マニュアルについては考え方だけでなく、具体的な助方法（標準的・個別的）が明記されており、職員が参照しやすい内容になっています。また、標準的な実施方法の検証・見直しは会議で月1回行っており、ハンドブックは毎年改定して全職員へ配付しています。

2. 利用者の主体性を尊重した支援

利用者の自治会が組織され定期的に会議を開催しています。自治会を通じた活動（意見や要望の管理者への提案、行事の企画・運営、活動スペースの飾りつけ、「ふれあいまつり」・「食の委員会」の開催等）や、食事の際の一部セルフ方式の導入、本人の特性や希望を踏まえたサークル・グループ活動など、利用者の主体性を尊重した支援に努めています。

3. 基本方針に基づいた業務の振り返り

基本方針「めざすもの」について、会議でそれに沿った支援が行われているかどうかの検討・確認を月1回、継続的に行っています。この取り組みは基本方針の職員への周知のみならず、一人ひとりの意識の向上や福祉サービスの改善といった点でも評価できます。

4. 中期事業計画における事業所の役割の明確化

生活介護事業所として今後進むべき方向性について、「仕事をベースにした利用者の支援」「高齢期を迎える利用者の支援」「発達支援を軸にした利用者の支援」の3つの視点を明確化し、取り組みを進めています。

5. サービスの質の向上に向けたPDCAサイクルの実践

法人全職員を対象とする自己評価を毎年実施しています。また、法人による第三者委員の施設訪問が3年に1回、そしてやはり第三者の団体による施設訪問も定期的にあり、それぞれ評価を受けています。これらの結果は文章化され、会議での共有化と改善策の作成・実施・見直しが行われています。

6. 働きやすい職場づくり

退職者が殆んどなく、高い平均勤続年数（13～14年）となっています。管理者が職員の意向を汲み取り、働きやすい職場づくりに長年努めてきた結果であり、高く評価できます。

7. 地域とのつながり

ボランティアの受け入れ（サークル活動等）、住民との交流や地域活性化への取り組み（「あさひ福祉まつり」、高齢者交流サロン等）、他福祉関係団体とのネットワーク、事業所機能の地域還元（小中学校での保護者相談会や人権の相談会・研修会に参加等）、そして広報誌の地域へのポスティングなど、様々な活動が行われています。

◆改善を求められる点

各細目において個々に記載しています。ここで特筆することはありません。

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

この度、初めて第三者評価を受審し、事業運営や利用者支援全般について見直す良い機会になったと考えております。

また、評価の結果は、支援内容をはじめ普段我々が何気なく行っている事柄（地域への啓発活動）についても高い評価いただいたことは、職員の大きな励みに繋がっています。

なお、受審結果にてご指摘のありました苦情解決をはじめとする情報公開や中長期計画の具体化などについては、改善に向けた取り組みを順次進めているところです。

今回の受審を踏まえ、これからも利用者の意思や人権を尊重し、さらなる支援の向上と事業運営に努めて参りたいと思います。

◆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。	b
(コメント)	■法人の理念が「綱領」としてホームページ・パンフレットに記載されています。それを受けて事業所としての基本方針が明文化され「めざすもの」として、ホームページ、パンフレットに記載し、施設内に掲示しています。 ■法人の理念からは使命や目指す方向、考え方を読み取ることができ、また、事業所の基本方針は職員の行動規範となるよう具体的な内容となっています。 ■基本方針の職員への周知については、朝礼時に読み上げるとともに、会議でそれに沿った支援が行われているかどうかの検討・確認を月1回、継続的に行っています。 ■家族等への周知については、保護者会で説明を行っており、利用者については自治会にて職員から話をしています。利用者向けの資料については、より分かりやすいものへの改訂を予定しています。	

		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)	■福祉事業全体の動向については、新聞や法人の機関誌、法人内の施設長会、加盟団体からの情報により把握・分析しています。 ■地域の福祉計画や状況の把握は、旭区の施設連絡会・自立支援協議会や大阪市障害児者施設連絡協議会等からの情報をもとに行っています。 ■利用率や収益は職員会議で説明し、上期・決算期には企画会議等で運営状況の分析をしています。 ■管理者と職員と一緒にSWOT分析を行い、外部環境（機会・脅威）と内部環境（強み・弱み）の整理をしています。	
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)	■課題・目標として、中長期計画書に「①事業展開②健全財政の確立③地域福祉・福祉運動づくり④人材育成⑤魅力ある職場づくり」を掲げています。それらの内容は単年度計画や改善課題として、企画会議での検討と職員会議での説明をおして取り組みを行っています。	

		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)	■法人の第Ⅱ期短中期計画をもとにして、「あさひ希望の里」の2017年度よりの中長期計画を策定しています。中長期計画については、今後必要に応じ見直しを行っていく予定です。 ■収支計画については、築年数が経過している本館の修繕計画が立てづらいため、作成できていません。財務状況は経営の基盤であり、策定とローリングを用いた見直しが望まれます。	
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
(コメント)	■中長期計画書にもとづいて単年度で取り組む事柄を、①重点課題②利用者支援③地域福祉・福祉運動④民主的管理運営⑤人材育成・研修⑥財政基盤⑦施設整備等の計画として明文化しています。今後は、数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容にしていくことが望まれます。	
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)	■単年度の事業計画の作成にあたっては、各種委員会や班会議等で年度の総括・振り返りを行い、それをもとに企画会議で案を作成し、職員会議での意見交換をとおして最終の計画書を確定しています。事業計画書は会議での報告と文書配付により職員へ周知を図っています。 ■事業計画の実施状況は、年度末以外に中間期の10月においても、把握・評価・見直しを行っています。	
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。	b
(コメント)	■利用者には、自治会においてルビを振った資料を用いて事業計画の説明をしています。また、行事計画については、毎月、翌月の予定を知らせています。今後は、事業計画の中で特に利用者とかかわりが深いものについては、カラーや写真、絵、イラストなどを使い、より分かりやすく工夫していくことが望まれます。 ■家族等については保護者会で事業計画書を配付して説明を行い、行事等についても毎月、翌月分の予定を伝えています。欠席者には利用者に資料を持ち帰ってもらうことで周知しています。	

		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。	b

(コメント)	■サービスの質の評価にあたっては、法人全職員を対象者とする「セルフチェック」（自己評価）を毎年実施しています。また、法人苦情解決事業委員会による第三者委員の施設訪問が3年に1回、そしてやはり第三者となる団体による施設訪問も定期的にあり、それぞれ評価を受けています。なお、第三者評価の受審は今回が初めてです。	
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)	■セルフチェックや施設訪問の結果は文章化され、企画会議で改善策を検討し、職員会議で共有化して、実施・見直しをしています。	

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。	b
(コメント)	■施設長は、職員会議等において経営・管理に関する方針を伝えています。また、昨年の赴任時には施設の広報誌「しあわせ」に役割や責任を掲載し、職員も閲覧しています。 ■職務分掌・職務権限規程・組織図等を定めて職員に配付していますが、有事（災害・事故）の際における管理者が不在の際の権限移譲について、より具体的な取り決めが望まれます。	
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。	b
(コメント)	■施設長は大阪府や大阪市等が開催する法令遵守の説明会、研修などに参加し、職員会議にて報告を行っています。また、職員にも人権・虐待防止や差別解消、安全運転、食品衛生・食中毒等の研修に参加させています。 ■環境への配慮等も含む、幅広い分野について遵守すべき法令等を把握し取り組みを行うために、コンプライアンス（法令遵守）規程の策定や担当者・委員会の設置、研修の実施、通報相談窓口の整備等の検討を、法人として実施することが望まれます。	
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)	■施設長、副施設長は定期的に関係される各種委員会や会議への参画、また、「セルフチェック」に関する状況確認や協議をとおして、提供している福祉サービスの現状や課題を把握し、具体的な取り組みを明示するとともに、職員の意見を反映すべく指導力を発揮しています。 ■研修について、発達支援の専門家を招いて計画的な勉強会を行い、知識や技術の習得を図っています。また、介護福祉士の国家試験申込時期には、個別職員への働きかけを行い資格取得を奨励しています。 ■他施設で取り組んでいるリスクアセスメント方法を試行的に実施して導入したり、新築・改修工事により広がった空間を活用してグループの再編を行い活動内容を見直すなど、さらなる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行性を高める取組に指導力を発揮している。	a
(コメント)	■施設長は、会議において利用率や収支状況、苦情、安全関係の報告を行い、課題や改善策の討議をととして、職員の意識づけと計画の実現に努めています。また、健康対策委員会を定期的開催し、職場巡視を行い、労働環境の改善を図っています。 ■生活介護事業所としての今後の方向性として、「仕事をベースにした利用者の支援」「高齢期を迎える利用者の支援」「発達支援を軸にした利用者の支援」に取り組んでいます。また、「あさひ希望の里キャリアパス」を導入して職員の人材育成を図り、新築工事の際には利用者が他施設を見学して感じた要望を取り入れるなど、経営の改善や業務の実効性の向上に向け指導力を発揮しています。	

		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)	■法人や事業所で人材確保、育成が検討され、計画的な採用に取り組むと同時に、勤続年数を考慮した研修が実施されています。 ■専門資格は事業所で一括管理し、管理者を中心に取得を支援することで、サービスの質の向上とともに、職員の定着にも繋がっています。	
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	a
(コメント)	■職員の支援力等のサービスの質、及び意欲を高めていく研修が実施され、人事異動等に職員の意見や要望を反映するシステムがあります。 ■キャリアパスのシステムが法人だけの取り組みにとどまらず、事業所独自でも作成されており、面談の実施や一人ひとりの職員の目標と課題の明確化など具体的に取り組んでいます。	
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り組んでいる。	a
(コメント)	■職員の平均勤続年数が、同法人の他の事業所と比べて高い水準（13～14年）にあり、働きやすい環境、条件づくりに取り組んでいます。 ■福利厚生についても、大阪民間社会福祉事業従事者共済会をはじめ、法人独自、事業所独自のものがあり、職員が安心して働けるよう側面からサポートしています。	
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)	■職員一人ひとりの目標と課題を設定し、育成の方針を確立しています。今後、キャリアパスのシートを活用した管理者等との面接が継続的に実施される計画になっています。その確実な実施が望まれます。	

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)	■キャリアパスに関連したものも含めて年間の研修計画が、法人、事業所について策定され、実施されています。また、非常勤も含めた全職員が何らかの研修に参加できるよう配慮がなされています。 ■研修の内容についても、社会福祉や障がい者福祉に係る課題にとどまらず、外部講師を招いたケースカンファレンスを実施するなど、質の高い支援に向けた取り組みとなっています。	
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)	■法人だけでなく、事業所独自で職場の実態に見合った研修計画が作成されています。併せて一人ひとりの職員について、研修の課題が明確にされています。 ■資格取得についても、職員への働きかけが継続的に行われており、70%以上の職員が専門資格を有している現状は、教育・育成に対する事業所の積極的な姿勢の表れです。	
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教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	a
(コメント)	■受入れマニュアルが作成され、年間100名余の実習生(教員、社会福祉士等)を受け入れており、福祉施設の社会的活動として評価できます。 ■担当者が必要な指導者講習を受講していて、実習の受け入れを支えています。	

		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。	b
(コメント)	■広報誌「しあわせ」1000部を、年4回、地域にポスティングすることで、具体的に地域への働きかけを行い、事業所の活動を知らせて理解を深める活動を展開しています。また、「まつり」等についても、事業所独自に取り組むだけでなく、地域の活動に参加することで事業所の役割等の伝達に努めています。 ■事業所のホームページには、基本方針や活動内容等が記載されていますが、事業計画や報告、並びに苦情の内容や改善・対応の状況についても公開していくことが望まれます。	
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)	■事務・経理関係については、職務分掌が明文化されて職員への周知が図られており、規程に基づいた処理が行われています。 ■第三者の団体による施設訪問や公認会計士の指摘事項にもとづき、改善計画を策定しています。	

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)	■玄関に近隣の社会資源を記載した「あったかマップ」を掲示し、地域の情報誌を置いています。 ■地域との交流に積極的に取り組む方針を明確にし、実践しています。その範囲は障がい者分野にとどまらず、地域の高齢者サロンでの製品販売や交流など幅広い取り組みとなっています。 ■上記の基本的立場は、利用者の自治会活動の中にも位置づけられています。「ふれあいまつり」は自治会の主催で行われ、利用者が主体的に活動できるよう工夫・支援がなされ、交流の機会を作り出しています。	
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)	■ボランティアのマニュアルが作成され、それに基づいた受入れが行われています。 ■利用者の月1回のサークル活動にボランティアが継続的に参加しており、活動の広がりや内容の充実に努めています。 ■ボランティア担当の職員が決められ、利用者との交流を深めていくうえでの接し方や支援を行う際のポイントがマニュアルに明記されています。	

Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。

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)	■大阪市から委託を受けて運営している旭区障がい者相談支援センターが、旭区自立支援協議会の事務局を担う等、地域の様々な課題解決に向け連携しながら具体的な活動を行っています。特に、旭区は高齢者比率が大阪市の中でも高い地域で、高齢者分野と協働した取り組みやネットワークづくりも実施しています。 ■旭区施設連絡会では、地域の様々な福祉分野との連携や、職員が参加しての学習会、交流会等に取り組んでいます。	

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	福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	b
(コメント)	■利用者自治会主催「ふれあいまつり」の開催、「あさひ福祉まつり」への参加等により、住民との交流や地域の活性化に取り組んでいます。 ■災害時マニュアルが作成され、事業所としての対応を明確にすると同時に、旭区と福祉避難所に関する契約を結び、具体的な対応について話し合いを進めています。 ■小中学校での保護者相談会や人権の相談会・研修会にて相談員や講師を担当することで、事業所の機能の地域還元に努めています。	

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。	b
(コメント)	■事業所の地域活動を基本にしつつ、利用者の家族の高齢化等に対する個別対応について民生委員等と連携しながら取り組む中で、地域における福祉ニーズの把握に努めています。 ■人権擁護委員協議会での相談支援や地域民生委員等を対象とした人権研修の講師を担うなど、権利擁護の観点から地域の福祉ニーズを把握し、公益的な活動を実践しています。	

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)	■絵入り等で利用者がわかりやすい資料を作成し活用することで、利用者尊重に対する職員間の意思統一を図っています。 ■事業所、職員として「めざすもの」を基本に、会議等で利用者に関する情報を共有しながら支援活動に取り組み、虐待防止等の利用者の権利擁護を確認しています。	
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)	■ハンドブックにプライバシー保護方針（マニュアル）を明記しています。また、職員研修において説明を行い、定期的な会議を通じて利用者のプライバシーや人権を大切にしたい支援内容や方法について確認をしています。	
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)	■事業所の利用を希望する人はもちろん、施設見学者等についても絵や写真入りのわかりやすいパンフレットを活用して説明をしています。併せて体験実習としての受入れも行っており、利用するかどうかの判断ができるようにしています。	
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)	■サービスの利用開始に関しては、重要事項説明書及び契約書にもとづいて説明をしています。利用者向けパンフレットによる本人への説明だけでなく、親はもちろん親の高齢化にともない兄弟姉妹への説明を行なうなど、一人ひとりの利用者や家庭の実情に合わせた対応を実施しています。	
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。	a
(コメント)	■他の事業所への利用移行に関してのマニュアルを整備すると同時に、直接、事業所に職員が出向き、本人の同意を得て必要な情報提供を行っています。 ■事業所に併設している相談支援事業を通じて、継続した支援が可能となるよう体制づくりに努めています。	

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)	■職員が保護者会に出席して直接に利用者満足について意見等を聞き、班会議等で検討することで支援活動に反映させています。また、利用者が事業所運営の一翼を担うという基本姿勢のもと、自治会で出された要望についても管理者等との懇談を行い対応を話し合っています。 ■ヒアリングの際の利用者の様子からは、支援に対する満足度の高さが伺われました。また観察により、食事場面を中心に利用者が生き生きとして自らの主張、意見を表現している姿が確認できました。	
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。	b
(コメント)	■苦情解決のマニュアルが作成され、出された苦情の内容は法人で集約するまでのシステムができています。併せて、班会議や職員会議等でもサービス向上という視点から問題が報告、検討されています。 ■苦情の公表については法人のホームページで行われていますが、十分な取り組みには至っていません。外部に対する運営の透明性という観点から、「あさひ希望の里」として、苦情内容及び解決結果を、事業所内での掲示や広報誌・ホームページへの掲載等により公開していくことが望まれます。	
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)	■利用者が相談や意見表明ができるように、相談室など複数の場所が用意されています。 ■日々受けた相談等については、朝礼をはじめ班会議等で全職員が共有、確認しています。	
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)	■利用者自治会の役員5名が定期的に会議を開催し、意見や要望、行事の企画、進め方について話し合いをしています。自治会から管理者宛に出された要望については回答がなされ、利用者の意見等を大事にしています。 ■「利用者食の委員会」等にも参加し、意見を出すことで、要望等が反映される仕組みとなっています。	
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)	■職務分掌等でリスクマネジメント責任者を決め、企画会議で利用者の安心と安全を脅かす事象や問題点を分析し対策を立て、職員会議で報告・周知するという体制になっています。 ■分析の結果、必要に応じて「リスクアセスメントシート」を作成し、再発防止策を立てています。 ■事故、ヒヤリハット報告をもとに再発防止に関する研修を行っています。	

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)	■ハンドブックで感染症マニュアルを明文化しています。 ■ハンドブックに沿って計画的に研修を実施しています。 ■チーフ会議を中心に感染症マニュアルを見直しています。	
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)	■「消防計画」と「災害対応マニュアル」で台風・地震・火事等災害時の対応方法を明文化しています。 ■災害時の食料について、備蓄リストを倉庫に掲示して整備しています。 ■福祉避難所として指定を受けており、非常時には地域の障がい者の受け入れが可能です。	

		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)	■ハンドブックで標準的な実施方法を明文化しています。 ■標準的な実施方法は支援部会議で周知され、チーフ会議で実施されているかどうかを確認しています。 ■各職員が標準的な実施方法に基づいて実施しているかの自己評価を、キャリアパスのシートを用いて行う仕組みがあります。	
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)	■標準的な実施方法の検証・見直しはチーフ会議で月1回行っています。 ■ハンドブックは毎年改定され、全職員へ配付しています。	
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的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	a
(コメント)	■利用者の持つ強みを大切にするため「5ピクチャーズ」（「着目するストレングス」「現在の生活状況」等の5つの視点から現状と生活目標を記載していくことにより、利用者の立場に立った、本人中心の支援計画を作成していくための手法）を取り入れています。 ■発達相談員によるケース検討会を行っており、福祉サービス実施計画を策定する際、外部の専門家の助言を得ることができます。 ■必要に応じて通常の実施計画の他に「リスクアセスメントシート」を作成し、適切なアセスメントに努めています。	
Ⅲ-2-(2)-②	定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a
(コメント)	■福祉サービス実施計画を緊急に変更する場合の仕組みをハンドブックに掲載しており、職員に周知しています。 ■モニタリング様式の中に実施状況の欄を設け、福祉サービスの質の向上に関わる課題を明確にしています。	

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)	■記録の作成マニュアルをハンドブック内に明文化し、職員によって書き方に差異が生じないように努めています。 ■業務日誌や個人記録を紙面やパソコン上で閲覧できるようにして、情報を伝達しています。 ■朝礼や支援部会議で利用者の状況報告を行い、情報を共有しています。	
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)	■個人情報保護に関する研修を入職時と各会議の中で行っています。 ■個人情報保護同意書は複数の親族から確認できる書式となっており、重要事項説明書と別に作成しています。	

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		
A-1-(1) 利用者の尊重		
A-1-(1)-①	コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	a
(コメント)	■意思伝達に制限があっても自己選択できるよう、絵などを用いて情報提供しています。また、日頃の関わりの中で表情やしぐさ、サインから本人の意思を確認しています。 ■発達相談員によるケース検討会や精神科医師による研修で利用者特性への理解を深めることで、本人の意思や希望を把握するように努めています。	
A-1-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	a
(コメント)	■利用者自治会があり、その活動を支援する担当職員を配置しています。 ■自治会による「利用者生活憲章」や「規約」の作成を支援しています。 ■行事には利用者実行委員会や自治会役員を中心として取り組んでいます。 ■自治会の要望書に基づく施設管理者との懇談や、他の通所事業所の自治会との交流を行っています。	
A-1-(1)-③	利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。	a
(コメント)	■利用者の希望により、食事提供時に一部セルフ方式を導入したり、新築改修工事によりバリアフリー化を進めるなど、活動範囲を広げる工夫・支援を行っています。 ■必要に応じ、「リスクアセスメントシート」を作成し、介助が必要な範囲を確認しています。	
A-1-(1)-④	利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。	a
(コメント)	■「あったかマップ」を作成し、利用者や家族に情報を提供しています。 ■自治会の中で「利用者食の委員会」を設置し、活動をとおして食に関わる機会が増えるよう支援しています。 ■手話や書道のサークルなど自己表現の機会を増やす取り組みを行っています。	
A-1-(1)-⑤	体罰や虐待（拘束、暴言、暴力、無視、放置等）の人権侵害の防止策や、万が一に備えての取組が徹底されている。	b
(コメント)	■隔月の虐待防止委員会、年1回の人権研修を行い、権利侵害が起きていないかの検討・確認をしています。 ■ハンドブックで虐待防止マニュアルを明文化しています。 ■法人ハンドブックに処分規定が設けられていますが、一般的な内容となっています。昨今の障がい福祉を取り巻く状況を鑑みて「虐待」という文言を用いた見直しが望まれます。	
A-1-(1)-⑥	利用者個々のサービス計画が作成され、サービス実施にあたっては利用者の同意が徹底されている。	b
(コメント)	■サービス実施計画は看護師や栄養士など専門職を含めた協議を行い作成されています。 ■サービス実施計画には支援の期間が記載されていないため、明記することが望まれます。 ■重要事項説明書に記録を公表できることが記載されていますが、具体的な手順や書式等が定められていません。作成が望まれます。	

A-1-(1)-⑦	利用者が地域内での自立生活へと移行することについて、情報提供や個別計画の作成など、適切な支援が行われている。	非該当
(コメント)	■通所事業所のため非該当。	
A-1-(1)-⑧	家族とは日常的に情報提供、意見交換がなされるとともに、求めに応じてサービス記録を開示する等、サービス内容についての説明を十分に果たしている。	非該当
(コメント)	■通所事業所のため非該当。	
A-1-(1)-⑨	自傷他害等については、その原因の究明除去とともに、適切な対応が行える体制がとられている。	a
(コメント)	■行動障がいのある利用者については、必要に応じて「リスクアセスメントシート」を作成し、誘因の分析や対応方法の検討をしています。 ■発達相談員によるケース検討を行い、障がい特性の理解や支援の方向性について専門家の助言を得ています。	

		評価結果
A-2 日常生活支援		
A-2-(1) 食事		
A-2-(1)-①	サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。	a
(コメント)	■食事介助等の支援方法をハンドブックで明文化しています。 ■看護師や栄養士と連携し、必要に応じて個別の食事を用意しています。	
A-2-(1)-②	食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。	a
(コメント)	■「利用者食の委員会」を中心に学習や嗜好調査を行い、希望を反映した食への取り組みを行っています。 ■食事の一部にセルフ方式を導入したり、メニューを視覚的に掲示することで、利用者が楽しく食事できるよう工夫しています。	
A-2-(1)-③	喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	非該当
(コメント)	■通所事業所のため非該当。	
A-2-(2) 入浴		
A-2-(2)-①	入浴は、利用者の障がい程度や介助方法など個人的事情に配慮している。	a
(コメント)	■入浴介助は同姓介助に配慮しています。 ■標準的なマニュアルの他に、必要に応じて「入浴個別マニュアル」を作成し、介助の留意事項を把握しています。	
A-2-(2)-②	入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a
(コメント)	■入浴設備以外にシャワー室があり、失禁等の場合は必要に応じてシャワー浴を実施しています。	
A-2-(2)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a
(コメント)	■利用者の状況に応じて、必要な入浴器具について検討しています。 ■脱衣場の入口は施錠でき、プライバシーを保護しています。	

A-2-(3) 排泄		
A-2-(3)-①	排泄介助は快適に行われている。	a
(コメント)	■標準的な排泄介助マニュアルの他に、必要に応じて「排泄個別マニュアル」を作成し、介助の留意事項を把握しています。	
A-2-(3)-②	トイレは清潔で快適である。	a
(コメント)	■汚れた場合は直ちに対応することで防臭対策がなされています。 ■換気扇による空調の入れ替えや暖房便座があり、トイレ環境に配慮しています。	
A-2-(4) 衣服		
A-2-(4)-①	利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。	非該当
(コメント)	■通所事業所のため非該当。	
A-2-(4)-②	衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切である。	非該当
(コメント)	■通所事業所のため非該当。	
A-2-(5) 理容・美容		
A-2-(5)-①	利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。	非該当
(コメント)	■通所事業所のため非該当。	
A-2-(5)-②	理髪店や美容院の利用について配慮している。	非該当
(コメント)	■通所事業所のため非該当。	
A-2-(6) 睡眠		
A-2-(6)-①	安眠できるように配慮している。	非該当
(コメント)	■通所事業所のため非該当。	
A-2-(7) 健康管理		
A-2-(7)-①	日常の健康管理は適切である。	a
(コメント)	■インフルエンザ等の予防接種は、利用者及び家族に希望を確認して健診時に実施しています。 ■利用者自治会で、看護師や栄養士による健康や食についての学習会を行っています。 ■利用者が高齢化している中での歯科への取り組みとして、検診等を実施して治療が必要な利用者を把握するとともに、適切な口腔ケアの実施（標準マニュアル・個別マニュアルの作成等を含む）について検討が望まれます。	
A-2-(7)-②	必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a
(コメント)	■車で10分ほどのところに協力医療機関があり、健康診断・相談を通じて日常的に連携しています。 ■利用者にかかりつけの医療機関がある場合には、家族と連絡を取り、通院を支援しています。	

A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実にこなわれている。	a
(コメント) ■ハンドブックに投薬マニュアルを明文化しています。 ■標準的な服薬介助マニュアルの他に、必要に応じて「服薬個別マニュアル」を作成し、介助の留意事項を把握しています。	
A-2-(8) 余暇・レクリエーション	
A-2-(8)-① 余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行なわれている。	a
(コメント) ■ボランティアの協力を得て手話や書道のサークル活動を実施し、スポーツ関係のレクリエーションでは指導者の派遣などを活用しています。 ■イベントの際には、自治会から実行委員を選出し、利用者が主体的に行えるよう支援しています。	
A-2-(9) 外出、外泊	
A-2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	非該当
(コメント) ■通所事業所のため非該当。	
A-2-(9)-② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	非該当
(コメント) ■通所事業所のため非該当。	
A-2-(10) 所持金・預かり金の管理等	
A-2-(10)-① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	非該当
(コメント) ■預かり金はしていないため非該当。	
A-2-(10)-② 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望に沿って利用できる。	a
(コメント) ■新聞・雑誌等を利用したい時は持参したり、外出の際に本人が購入しています。	
A-2-(10)-③ 嗜好品（酒、たばこ等）については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意志や希望が尊重されている。	非該当
(コメント) ■飲酒は通所事業所のため、また、たばこは希望者がいないため非該当。	
A-2-(11) 生活環境の整備	
A-2-(11)-① 一人になれる場所や部屋又は少人数でくつろげる場所や部屋が用意されている。	a
(コメント) ■一人になりたい時や少人数でくつろぎたい時には、休憩室、静養室、空き作業室やベンチ置コーナーなどが用意されています。 ■訪問者との面会は相談室等で個別に行っています。	
A-2-(11)-② 心地よく生活できる環境への取組がなされている。	a
(コメント) ■季節感を感じられるよう、季節ごとの飾りつけは自治会の実行委員を中心に行っています。 ■健康対策委員会を開催し、事業所内環境の点検や改善を行っています。	

A-2-(12) 日中活動支援		
A-2-(12)-①	個別支援計画に基づいて日中活動等に関するさまざまな支援を行っている。	a
(コメント)	■「あったかマップ」の掲示を行う等、外部の事業所の情報提供を行っています。 ■利用者の障がい特性や希望に応じて選択ができるよう、各グループやクラブ・サークル活動の実施内容を工夫しています。	

障がい福祉分野の内容評価基準 ―授産施設としての対応―

判 断 基 準 項 目		評価結果
A-3 授産施設としての対応		
A-3-(1) 授産施設としての対応		
A-3-(1)-①	就労に向けて、情報提供や職場実習の実施など、積極的な支援が行われている。	非該当
(コメント)	■授産施設ではないため非該当。	
A-3-(1)-②	働く場として、個々の障がい程度、特性に合わせた作業内容を用意している。	非該当
(コメント)	■授産施設ではないため非該当。	
A-3-(1)-③	働きやすい作業環境が用意され、安全衛生面でも配慮されている。	非該当
(コメント)	■授産施設ではないため非該当。	
A-3-(1)-④	工賃報酬を引き上げるため積極的な取り組みが行われ、工賃が適正に支払われている。	非該当
(コメント)	■授産施設ではないため非該当。	

利用者への聞き取り等の結果

調査の概要

調査対象者	あさひ希望の里の利用者の代理人
調査対象者数	47人
調査方法	アンケート調査

利用者への聞き取り等の結果（概要）

あさひ希望の里を、現在利用されている方の代理人47名を対象にアンケート調査を行いました。施設から調査票を配付してもらい、回収は評価機関へ直接郵送する形を取り、23名の方から回答がありました。（回答率49％）

満足度の高い項目としては、

- （１）●「本人のことが考えられて生活が送れるようになっている」
●「トイレは清潔で気持ちよく使える。介助が必要な時すぐに対応してくれる」
について、90％以上の方が「はい」と回答、
- （２）●「他人に知られたくない秘密を守るなど、本人のプライバシーは守られている」
●「職員との関わりの中で、いやな思いをしたことはない」
●「食事は、おいしく、楽しく、ゆったりと食べることができる」
●「病気や薬のことで相談したい時、わかりやすく説明してくれる」
●「一人になれる場所や少人数でくつろげる場所がある」
●「地域の情報を知ることができ、行事などにも参加することができる」
について、70％以上の方が「はい」と回答、

という結果が出ています。

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