

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	短期入所事業所 ルポゼ	
運営法人名称	特定非営利活動法人 だんでらいおん	
福祉サービスの種別	障害者福祉サービス短期入所（福祉型）	
代表者氏名	理事長 久保 哲哉	
定員（利用人数）	10 名	
事業所所在地	〒 546-0023 大阪市東住吉区矢田5-9-8	
電話番号	06 — 7668 — 2468	
FAX番号	06 — 7668 — 8112	
ホームページアドレス	http://www.dandelions.jp	
電子メールアドレス	dandelion@w2dion.ne.jp	
事業開始年月日	平成27年11月1日	
職員・従業員数※	正規 7 名	非正規 1 名
専門職員※	介護福祉士 1名 栄養士 1名 強度行動障がい支援者養成研修 2名 行動援護従業者養成研修 4名	
施設・設備の概要※	[居室] 個室：10室、浴室、トイレ、洗面所	
	[設備等] エレベーター、火災報知器、スプリンクラー センサー型手指消毒、石鹸ディスペンサー 各居室に見守りセンサーを導入	

※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】

親亡き後、子が安心して暮らせる施設づくり

- ①どのような障がいをもとうとも、人として当たり前に自立した生活が送れ、安心して暮らせるために必要な支援に努力します。
- ②自分らしく生きる＝自己実現はそれぞれの障がいをもつ方にとってどのようなことであるかを追求し、十分に発揮ができるような支援に努力します。
- ③障がいをもつ方のニーズと社会資源を結びつけるためのケアマネジメントを行い、生活の質を高める支援に努力します。
- ④障がいをもつ方の生活を確実に保障するために、地域他施設や社会資源と連携し、障がいを持つ方を中心においた、地域支援ネットワークの構築に努力します。
- ⑤一人ひとりの意思決定を支援することで自己決定を尊重し、必要に応じて新たな生活の場、活動の場を創造していきます。

【施設・事業所の特徴的な取組】

当法人は、知的障がいの子を持つ親が「親亡き後、子どもが安心して暮らせる施設づくり」を理念に掲げ設立され、その理念のもとに施設・事業所が運営されています。

障がい程度支援区分6及び5の利用者が中心で、強度行動障がいや自閉的傾向の強い人達が多く利用しています。

また、そうした人達を支援・対応するために職員への研修、専門的な資格の取得に力を入れています。

地域との関係を大切にして、近隣の道路や公園の清掃活動、地域の住民の拠点の場所として事業所の建物の一部を開放している事、情報誌等の地域へのポスティングや総合福祉セミナーなどを開催して社会福祉への理解を地域に広める取り組みを行っています。

【評価機関情報】

第三者評価機関名	特定非営利活動法人ほっと
大阪府認証番号	270051
評価実施期間	令和6年4月1日～令和5年7月24日
評価決定年月日	令和6年7月31日
評価調査者（役割）	1701B016（運営管理委員） 1701B019（運営管理・専門職委員） 2101B023（運営管理・専門職委員） （ （

【総評】

◆評価機関総合コメント

特定非営利活動法人「だんでらいおん」は、知的障がい児通園施設の卒園児童の保護者の活動によって平成17年3月に誕生しました。短期入所事業所「ルポセ」は、近鉄南大阪線「矢田駅」からは徒歩10分、地下鉄谷町線「喜連瓜破駅」からは徒歩20分の距離にあります。

「安心して暮らしたい」という障がい者やその家族の願いに応えて、よりノーマルな人権が保障された生活の場を具体的に築いていくことをめざしています。

短期入所事業は、家族等の疾病やその他の理由により、短期間の入所を必要とする障がいを持つ方々に対して日常生活向上の支援を提供することに努めています。

法人全体では、重度の障がいを持つ方々に、人が生きていくのに最も重要な「住居」「活動」「余暇」の分野に対して必要な介護や支援等のサービスを提供しています。法人内で複数の障がい福祉サービスを実施し、連携した支援を提供することができています。

将来的には社会福祉法人化への構想も具体的に示されています。

コロナウイルスによる感染拡大の防止に努め、本来の活動が制限されている部分もありますが、地域の様々な方とのつながりや連携を深めながらより多くの利用者のニーズに応えていくことに努められています。

◆特に評価の高い点

同一法人の利用者・家族に対して、自律を促し生活全般を支援する取り組みをおこなっています。利用者の障がい特性については、利用者家族了解のもと法人内で情報を共有しており、より安心・安全な環境を準備することを心がけています。食事については、栄養士が食事のメニューを考え、栄養バランスの良い食事の提供ができています。室内は、センサーでの居住環境の管理と空気清浄機・次亜塩素酸空間除菌脱臭機の設置等導入で適温と清潔が保たれています。利用者、職員とも毎日抗原検査を実施し、ウイルスを持ち込まない対策に努めています。

◆改善を求められる点

利用者・家族のアンケート調査では、通所事業・行動援護事業・ショートステイ事業が同じで相互に連携が取れており、家族にとっては安心して利用できるという評価であったが、開所日については、多くの利用者・家族が増やして欲しいとの要望があったので改善を期待します。ショートステイ事業の利用者は、ほとんどは同一法人内の利用者に限られており、地域ニーズ、社会資源とした活用ができるようにしていくことが望ましいと考えます。

◆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たことで、事業所の強みや改善点を改めて確認することができました。評価していただいた「食事面」「環境面」に関しては、今後も継続、更に向上していくよう努めていきます。改善点として挙げられた「開所日数の少なさ」については、人材確保、人材育成が大きな課題となるため、法人全体としても重点を置いて尽力して参ります。

今回は本当にありがとうございました。

◆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)	理念、基本方針とも確立されており、職員、家族、利用者に、周知は図られています。今後、職員に対しては、理念、基本方針の項目ごとに、掘り下げての周知を望みます。家族、利用者に対しては、理念、基本方針の分かり易いリーフレットの作成を期待します。	

		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)	地域の東住吉区自立支援協議会などに積極的に参加して、社会福祉事業全体の情報収集、動向の把握・分析に努めています。管理職会議などでコスト分析や利用者の動向などの経営状況の把握・分析を行なうよう努力されています。	
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)	毎月の管理職会議などで、収支状況や職員、利用者の状況等の経営課題が議論し、経営課題を明らかにして、解決、改善に向けての取組みを行っています。年6回の全体職員会議で職員の共有化を図っています。	

		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。	a
(コメント)	将来のビジョンが、中長期の計画に明確化されています。その中・長期計画が管理職会議や理事会等で確認、評価する体制がとられています。	
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。	a
(コメント)	中長期計画に基づいて単年度の計画、事業内容を法人全体、事業所単位で具体化されています。進捗状況や達成状況については、理事会や会員総会で確認、報告されています。	

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)	事業計画は、各年度ごとに職員の意見を反映して策定されています。全職員が携帯している業務マニュアルの冊子にも事業計画があり、共有化する努力がされています。	
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。	b
(コメント)	家族への事業計画の周知は家族会や会員総会などで行われていますが、利用者への周知は不十分だと判断します。事業計画を利用者向けに分かり易くしたリーフレットの作成をするなどの議論や実施を期待します。	

		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)	毎年、職員が業務の自己評価をしており、福祉サービスの向上に努めています。そして第三者評価も受審しており、成果も実感されています。ですが内部監査については、評価内容、評価記録が作成されていません。今後の改善に期待します。	
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。	b
(コメント)	第三者評価については、結果の確認、改善事項の実施がされています。多くの改善事項が前向きに改善実施されています。ただ、一部改善ができていない項目もあり、利用者への理解を得るための対応などに努力を期待します。	

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)	管理者は自らの役割については、定期的に広報誌に掲載したり、全体職員会議で発信するなどして確認されています。非常時における対応についても、災害時、事故発生時等場面に応じて書面で明らかにして、職員で共有化しています。	
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、遵守すべき法令等について把握する取り組みを行い、理解に努めています。職員に対しても遵守すべき法令等を周知しています。また、取引先にも管理者が同う日を設けて適正な関係を保持しています。必要に応じて社会保険労務士や税理士に相談できる体制をとっています。	

Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
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)	管理者が、利用者に寄り添った福祉サービスの質の向上に取組まれています。日々行われる業務や会議の際に職員に対して、丁寧に利用者に対する取組みについて対話されています。職員の教育・研修についても明確化した計画があり、それに沿って実施されています。	
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)	管理職が会議などで、経営状況の分析をして、改善や業務の実効性を高める取り組みをしています。管理職が職員の適切な業務分担・業務の効率化を図ることで、有給休暇の取得のほぼ100%達成や残業時間の大幅削減を達成しています。	

		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)	キャリアアップ支援制度や積極的な研修参加を促すなど、人材育成に力を入れています。人材確保では、地元の学校の実習生を受け入れを行ったり、学校への説明会等にも積極的に参加しています。また今年よりメンター制度を取り入れ、自由に意見が言いやすい職場環境づくりに努めています。	
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	a
(コメント)	法人の期待する職員像を明確に示し、人事基準についてはキャリアパスで明確に示し、それを達成するための道筋や個別研修計画も作成しています。職員の評価基準も明確に示されており、それに基づいて給与などに反映されています。その評価もその都度職員にフィードバックを行っています。	
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。	b
(コメント)	今年度より、休憩時間の見直しで拘束時間の短縮に努められており、また、職員の就業状況を把握するなどして健康管理に役立っています。法人内の行動援護事業が、主に職員の希望で労働時間枠外で勤務する体制をとっています。現状を少しずつ見直していますが、さらなる改善を期待します。	
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)	職員個別研修として到達目標を設定し、設定した目標について面談の際に確認しています。また必要に応じて管理者と職員が対話して状況確認を行っています。業務目標については、半期に一度のフィードバックの際に、管理者が職員との間で対話及び助言、指導を行っています。	

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)	法人の理念等を基に、職員に求められるスキル等が明文化されています。研修計画は年度ごとに作成され、年度更新にとられず対話のもと随時評価と見直しを実施しています。	
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)	個別研修計画については、経験年数や役職に応じて策定されています。今年度は3回以上の研修参加を計画しています。また、定期的に全体職員会議に講師を招き、時期に適したテーマで研修を実施しています。	
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)	地元の学校と関係を密にしており、実習担当者向けの説明会や懇親会に参加しています。介護福祉士及び社会福祉士の実習生マニュアルが明文化されており、また実習生受入れの担当者には、実習指導者向け研修への参加を促しています。	

		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。	b
(コメント)	パンフレット、ホームページ等で法人の理念や基本方針、サービス内容、事業計画・報告、予算・決算情報を公開しています。第三者評価の受診結果も公表されています。苦情・相談体制や内容にもとづく改善・対応についても公表するよう、改善を望みます。	
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。	b
(コメント)	法人の事務、経理、取引に関しては、社内規定に明記されており、職員にも周知されています。それらのことに関して、社会保険労務士や税理士にいつでも相談できる体制になっています。内部監査については、監査内容と監査結果が明文化されておらず、今後の改善を望みます。	

		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。	b
(コメント)	地域との関わりについては理念や事業計画に明記し、職員と共有しています。おすすめ情報（地域の祭りや運動会等）については、掲示板も活用しています。コロナ禍で十分参加できていません。	
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。	b
(コメント)	ボランティア受け入れに際して、マニュアル、規定を作成し、基本姿勢等についても明文化しています。コロナ禍でボランティア希望がなく、受け入れられていません。今後、受け入れ時は、ボランティアに対して、事前の専門研修などを行い、丁寧な導入に努めてください。	

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。	b
(コメント)	セルフ部会や東住吉区自立支援協議会の会合に積極的に参加し、他施設の職員と情報交換・共有を図っており、連絡事項等は職員会議で周知されています。今後は、社会資源や医療機関のリスト化をすすめ、利用者が必要な時に活用しやすい工夫をはかってください。	

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)	セルフ部会や東住吉区自立支援協議会の会合に積極的に参加し、協議会の中で出た地域としての課題については、事務局（東住吉区の職員も含めて構成）に吸い上げ、問題解決に向け、働きかけています。	
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)	「障がい者福祉なんでも相談」を、24時間、365日、受け付けています。また、敷地内の自動販売機は、災害対応型となっており、緊急時には、利用者や地域の方に提供でき、備えの一部となっています。	

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)	倫理綱領が記載されている冊子を全職員に配布し、周知しています。全体職員会議等で人権研修・身体拘束や虐待防止の研修を行い、必要に応じて外部研修（人権研修、権利擁護研修など）にも参加しています。	
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)	プライバシー保護マニュアルを整備し、年1回程度、全体職員会議に社会保険労務士を招き、研修を行い、職員に周知しています。特に入浴や排泄場面ではプライバシーに留意し脱衣所をカーテンで仕切るなど配慮した環境を整えています。利用時は個室を提供し、個室での過ごし方はできるだけ自由を制限しないようにしています。	
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)	理念や基本方針はホームページに示し、多くの人が閲覧できる状況にあります。パンフレットには、写真を多数使いわかりやすくなっています。音声コードアプリ（Uni-Voice Blind）を起動すると音声で説明される工夫を取り入れています。コロナ禍で、体験利用は中止しています。	
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)	契約書や重要事項説明書にルビを表記し、同意を得やすいようパンフレット等で写真を見てもらうようにしています。意思決定が困難な利用者には、個別に視覚的要素などを用い、意思を引き出しやすいように工夫しています。	

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)	家庭から地域のグループホームに移行し、ショートステイの利用が終了した場合でも、当法人の移動支援や相談支援事業を利用する方もあり、1つのサービスが終了しても安心できる暮らしが継続できるよう、必要なサポートを続けています。	
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
Ⅲ-1-(3)-①	利用者満足の上昇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)	定期的に行われている家族会に職員も参加し、家族と意見交換・情報共有を行っています。嗜好調査を行い、利用者の食べ物の好き嫌いの把握に努め、好きなメニューを提供できるよう努めています。栄養士を雇用し、調理をして温かい夕食を提供しています。	
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。	b
(コメント)	苦情解決の体制を整備し、分かりやすく示したものを掲示しています。苦情発生時には、受付簿に記入し、利用者・家族に必ずフィードバックしています。第三者委員は複数体制をとっていますが、コロナ禍で委員会が開催されておらず、オンラインの活用など報告・検証の工夫を求めます。	
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)	いつでも相談に応じられるよう相談室を設けています。また日常的に活動を選んでいただく等選択する機会には、イラストや写真を活用し選択しやすい工夫をしています。	
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。	b
(コメント)	相談や意見については利用支援の基本的な対応マニュアルやタイムチャートに沿って、対応しています。また、解決困難の相談に関しては、管理職間でも検討を行い、施設として対応をするよう心がけています。今後は、意見箱の設置を行い、職員がいなくても意見を表明できるような選択肢を増やす工夫が望まれます。	
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。	b
(コメント)	業務マニュアルの冊子内に事故発生時のタイムチャートを示し、職員に周知しています。コロナ禍で第三者委員会の開催が少なくなっていますが、苦情や事故・ヒヤリハット等の報告・検証を行い、リスクマネジメント体制の構築に努めています。ヒヤリハットの気づきを更に意識して蓄積し、事故を未然に防ぐ工夫を重ねることを望みます。	
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)	業務分担組織図内にて、担当や責任者、役割等を示し、業務マニュアル内にタイムチャートを示しています。空気清浄機・次亜塩素酸空間除菌脱臭機の設置等新型コロナウイルス感染症対策をされています。利用者、職員とも毎日抗原検査を実施し、ウイルスを持ち込まない対策に努めています。	
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やっている。	b
(コメント)	業務マニュアルに地震、火災等についてタイムチャートを示し、職員に周知しています。防災点検や避難訓練を定期的の実施しています。災害対策用備蓄品も整備し、備蓄リストを作成しています。今後は夜間の自然災害の発生や休日の設定での訓練も実施したり、災害伝言ダイヤルの活用方法などの対応が望まれます。	

		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)	呼称や同性介助に努力され、日々の利用者支援のあり方・障がい特性の理解・専門職としての責務について全体職員会議や研修、個別の指導により周知を図っています。 同法人の生活介護の利用者については個々の利用者ごとに対応マニュアルが作成されていますので情報共有しています。	
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)	業務マニュアルは年1回見直しを行っており、毎年職員に配布しています。生活介護事業で行っている、モニタリングや支援計画の見直しの検討の経過や内容について共有をしています。	
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支援計画を適切に策定している。	a
(コメント)	生活介護事業の個別支援計画作成時に、関係職員（グループホーム職員、居宅介護職員、相談員等）も参加し、より多様な視点が反映されるよう努めています。生活介護事業の計画書は職員間で情報共有し、支援に活かしています。	
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)	生活介護事業の個別支援計画の変更内容については、共有フォルダ、原簿記録から全職員が閲覧できる状況を整えています。その他必要に応じてケア会議等で確認しています。	
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)	記録の作成の仕方についてマニュアル化しています。事業所内ネットワークにより、各部門ごとのフォルダを作り、情報の分別、必要な情報の収集が可能となっています。非常勤職員もパスワードを保持し、ネットワークおよび会議録の閲覧により、情報共有する仕組みを整えています。	
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。	b
(コメント)	個人情報保護規定に基づいて適切に管理しています。ホームページや機関紙等の写真に関する掲載を含めて、個人情報の取り扱いについては、説明して同意を得ています。記録の管理に関しても定期的に職員会議の場で研修を行っています。文書管理規程の整備が求められます。	

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)	定期的に利用者及び家族からの意見・要望を聞く機会を設けるとともに利用者が判断しやすい様な工夫したアンケートや文章を作成し、それを個別支援に反映しています。	
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)	虐待防止マニュアル等の整備、身体拘束等適正化委員会も適正に開催されており、職員にも内容が周知されている事が伺われます。 職員の権利擁護意識を高めるための取り組みも行われています。	
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)	利用者・家族の意見・要望のもとに自律・自立生活の向上に向けての支援の内容を明確にしており、宿泊を伴う生活体験を実施されています。 生活関連サービス等の利用も支援されています。	
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)	利用者の障がいの状況に合わせて、写真やイラストを用いた視覚的支援や点字等の手法を用いる事等を心掛けている状況があります。新しい職員に対しては、経験のある職員が意思疎通の橋渡しをする事等にも心掛けています。	
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)	利用時間の中で利用者の意思を判断したり、意見を言いやすい状況を作る事等を心掛けています。また、面談時においても意思の確認を行う様に努めています。	
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)	独自に作成した様式で食事のすききらいなど利用者の希望・ニーズの把握に努めています。 それらをもとに個人に合わせたメニューの工夫や利用者支援の実行に努めています。	
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)	職員は専門的な知識とスキルを習得する機会を与えられています。 支援方法の内容が会議等で検討・共有化され、必要に応じてフィードバックもされています。 個別の支援の手順書も作成されています。 他の事業所とも連携して利用者情報の共有化のもと支援も行われています。	
A-2-(2) 日常的な生活支援			
A⑧	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)	アセスメント等や利用者・家族からの意見・要望等を反映させ、食事、排泄、移動、入浴等の支援を心掛けています。より具体的な個別の支援のための手順書の整備もされています	

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。	a
	(コメント) 事業所内は、綺麗に整頓されており、業者による清掃も行われています。室内は、センサーでの居住環境の管理と除菌、空気清浄機の導入で適温と清潔が保たれています。 情緒が不安定な利用者への対応も行う様に心掛けています。	
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) 医師・理学療法士の助言を受けて利用者の1人ひとりの状況に合った支援ができる様に努めています。 職員会議等で生活訓練の内容の見直しもおこなわれています。	
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) 毎日の利用開始時のバイタルチェックや抗原検査等の実施で利用者の健康状態の把握に努めています。 身体状況のチェックも入浴等の際に行うように心掛けています。	
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。	a
	(コメント) 感染症や投薬等の医療的マニュアルも整備されており職員にも共有する努力をされています。 管理者の責任も明確に位置付けられており管理職が適切に指示を出せる状況にあります。	
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) 利用者の希望や意向については、独自に作成した調査様式にて聞き取りを行い希望と意向の把握に努められています。 宿泊を伴う訓練も行いADL等の向上に努めています。	
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・家族の意向を把握し地域生活への移行に向けた支援を心掛けています。 地域の自立支援協議会へも参加して情報の収集と事業所間の連携に努めています。	
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) 定期的に家族会を開催すると同時に年2回の利用者を含めた3者の面談を行い利用者・家族の状況や情報・意見の聴収と共有化に努めています。 日常的には、送迎時に家族から意見を伺い、必要に応じて家族への支援も行える状況にあります。	

		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) 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) 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) 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) 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	『短期入所ルポゼ』利用者・保護者を対象
調査対象者数	10 人
調査方法	『短期入所ルポゼ』を利用している方の保護者15名を対象にアンケート調査実施。調査票は施設から配布してもらった。回収は、利用者・保護者から評価機関へ直接郵送する方法を取りました。

利用者への聞き取り等の結果（概要）

調査対象者 15 名中10名の返送がありましたので、回答率 66.7 %

利用者の満足度についてはほとんどの項目で満足感を感じられていました。【人権への配慮】の項目では、職員が利用者に適切に対応されているとの評価でした。そして「何か問題があれば、その都度きちんと対処して下さいます」との回答もありました。【個別支援プログラム】の項目でも、概ね職員が利用者に適切に対応しており満足している評価でした。ショートスティ内での自由度を尋ねた質問で、「周りの迷惑にならないとき、お酒やタバコを楽しむことができますか。」という項目では「はい」という項目がなく、「わからない」という評価が多かったのも、制限するのであればその理由を明確に伝えて、理解を得る努力を期待します。

満足度が低い項目

◎1項目で「いいえ」の回答が2人（20%）回答ありました。

その項目は、地域生活に関する情報（グループホーム、自立生活者の生活状況等）を教えてくださいかという質問でした。ショートスティを利用している利用者・保護者にとっては、地域生活に関する情報はとても大事な情報なので、積極的に良い情報を伝えて頂きたいと考えます。

文章記述による回答

◎文章回答からも利用者・家族の満足度は非常に高く事業所・職員に対しての信頼度の高さが感じられました。

特に、利用者・家族に寄り添った支援をしているとの回答が多くありました。そして通所事業・行動援護事業・ショートスティ事業が同じ法人で相互に連携が取れており、家族にとっては安心して利用者をお願いすることができるとの評価がありました。また、食事がおいしいとの評価がありました。

要望事項としては、「開所日数を増やして欲しい」との要望が4人（40%）と多くあったので、強く開所日数の改善を期待します。