

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	(理事長)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	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 9 名	非正規 8 名
専門職員※	社会福祉士1名 介護福祉士7名 看護師1名 精神保健福祉士1名 医師1名 介護支援専門員1名 保育士3名 社会福祉主事1名	
施設・設備の概要※	[居室]	
	[設備等] 訓練作業室2 トイレ4（男性用2 女性用1 多目的1） 相談室1 多目的室1 シャワー室 事務室	

※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	3 回
前回の受審時期	令和3 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
---------------------	---

【総評】

◆評価機関総合コメント

①JR阪和線鳳駅から車で10分程の閑静な場所にある事業所です。生活介護事業所として様々な軽作業が用意されており、利用者の障がい特性や程度にあわせて種類が用意されている。
②ボランティアの受け入れも行っており、マニュアルも整備している。従業員は全員が常勤であり、適切な支援が行われています。
③正職員の看護師による健康管理を行っている。
⑤質の向上に向け、分析・検討は主任会議（授産主任、生活支援主任、安全衛生主任）で行い課題の洗い出しを行い、職員会議の議題とし改善を実施を行うという二段階のフローを設けている。⑥利用者への定期的な面談をおこなっており、家族会議も3か月に1回行い、状況や満足の確認を行っている。モニタリング時には不満要望等の聞き取りを行っている。
⑦支援マニュアルについて1か月1回見直しを行っています。個別支援計画に反映が必要となった場合は、個別に対応を行っております。見直しについてはスタッフや利用者の意見も取り入れています。

◆特に評価の高い点

①職員の有給休暇（有給休暇の全消化を奨励している）や時間外労働をできる限り少なくしている。福利厚生として慶弔金、家賃手当、資格取得補助を行っており、健康窓口を看護師で整えている。
②個人情報保護に関する規定が整備され、記録管理の責任者として管理者・記録書類管理担当の指示のもと、利用者に関する記録が適切に保管、保存、廃棄されております。情報漏洩については、就業規則や従業員に誓約書を提出させ職員に周知徹底されています。個人情報保護の研修もしている。
③適正な福祉サービス実施方法が確立しており、アセスメント、モニタリングもしっかり行われています。
④生産活動マニュアルも整備されており、都度更新されています。

◆改善を求められる点

実習生の受け入れが行われていない点

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

当事業所は、利用者様やそのご家族様に安心して、満足していただけること、また職員には働きやすく生きがいの持てる職場を目指しています。

第三者評価で、bやcの評価の項目は、全職員で考え、話し合い、改善して、より良い事業所にしていきたいと思っております。

◆第三者評価結果

・別紙「第三者評価結果」を参照

【理念・基本方針】

- 理念
 - ・障害をはじめとして 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とその家族に安心と希望を与えることを目的とする
- 運営方針
 - ①障害者とその家族のニーズを実現する
 - ②安全で安心して日中活動のサービスを受けることができる
 - ③職員にとって働きやすい職場、働きがいのある職場を目指す

【施設・事業所の特徴的な取組】

- ①1968年堺市立百舌鳥養護学校（現堺市立百舌鳥支援学校）を卒業した人たちのために、保護者、学校、関係機関などが協力して、働く場としてあすなろ授産所を設立し、2007年度より、地域活動支援センター。2009年2月NPO法人格を取得しNPO法人格を取得しており、その性格から重度の利用者を受け入れている。
- ②生活介護施設であるが、木管作業やネジの内職などを用意し利用者特性にあった作業を行える。

【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5年10月6日～令和5年10月18日
評価決定年月日	令和5年10月18日
評価調査者（役割）	1901B027（運営管理委員） 2101B027（運営管理委員） 2201B018（専門職委員） （ ） （ ）

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)	運営規程・重要事項説明書、法人のHP、パンフレット等において法人の理念・基本方針が明文化され、職員への周知、利用者やその家族への周知が図られています。	

		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)	管理者が市が行う集団指導に参加し、社会福祉事業全体の動向について把握し、分析しています。利用者数集計表を作成し、情報の把握、分析も行われています。	
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)	利用者さんを大事という経営理念があるので、人の採用については紹介採用にこだわっている。課題については職員にも周知しています。	

		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)	中・長期的な収支計画、中・長期的な事業計画の策定も行われ文書化されています。また見直しを都度行っていますし公開もしています。	
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・長期計画を踏まえた単年度の収支計画及び事業計画は策定しており、文書化もしています。定時総会で公開し、保護者にも渡している。	
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、スタッフの意見が反映されています。実施状況の把握は上半期下半期おこなっており、見直しを行っている。総評は3月30日に職員会議で行い、理事会で最終評価をしています。結果は職員に周知している	
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)	家族会等で説明は行われていないが、印刷物を渡したす等で、利用者へ周知は行っています。	

		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)	福祉サービスの質の向上のために、堺市からの自己点検表を用い一年に一度自己点検を行っており、改善点をクリアし、サービスの質の向上に組織的に取り組んでいます。	
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)	堺市からの点検表を使い自己評価を実施している。分析・検討は主任会議で行い課題の洗い出しを行い、職員会議の議題とし改善を実施しています。また第三者評価についても今後も定期的に受審する計画が確認できました。	

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)	事業所の経営・管理に関する方針と取組について職員に対して表明し、理解を図っていますが、管理者としての役割・責任について運営規定に記載されているが重要事項説明書にも明記されていない。	
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)	虐待防止や身体拘束防止等をはじめ法人が受講すべき研修を決めているので多くの研修を受講し法令遵守に努めています。職員に対して、遵守すべき法令等を周知させるためコンプライアンスに関して定期的な研修を行うなど、具体的な取組を行っています。法令についてはインターネットや土業から情報を得ている。	
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、質の向上のため指導力を発揮し、職員にきめ細かな指導を行っています。また、職員に外部研修参加等を受講させ、職員の障がい福祉ケア技術の向上に取り組んでいます。	
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)	管理者は経営改善、業務の実効性向上のための課題を設定している。具体的には国保連から収入を上げるため課題の解決のため、人員の確保や業務の効率化に指導力を発揮しています。管理業務を遂行し、職員にプライドをもって働いてもらうことが、サービスの質の向上につながるという信念のもと指導力を発揮している	

		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。	b
(コメント)	資格取得のためのシフト調整、受講料、交通費の事業所負担を行っている。	
II-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	a
(コメント)	人事制度を策定している。評価表は法人と職員がそれぞれ作成し、職員に提出してもらっている。事務分掌表(組織体制図)が整備されており、授産主任、生活介護主任、安全衛生主任の3名の主任により管理している。給与規定は各職員に周知している。処遇改善加算(1)、特定処遇改善加算(1)、ベースアップ支援加算を取得しています。	
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り組んでいる。	a
(コメント)	管理者を労務管理の責任者とし、職員の有給休暇(有給休暇の全消化を奨励している)や時間外労働をできる限り少なくしている。また、職員が相談しやすい組織内の体制を整えています。福利厚生として慶弔金、家賃手当、資格取得補助を行っている。健康窓口も看護師で整えている。	
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)	年間目標設定を行っており、研修が終了した3月に面談を行っている。	
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)	職員一人一人の年間研修計画を策定しているが、事業所としては作成していない	

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)	職員一人ひとりの資格を把握しています。新人はOJT研修を受講し、階層別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。	c
(コメント)	実習生の受入れを行っていません。	

		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。		
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)	運営の透明性を確保するために、WAMNETや法人のHPにおいて理念、基本方針、事業報告及びスコア方式の公表を行っています。重要事項説明書に第三者評価の欄があります。年賀の挨拶で近隣に挨拶を行い理念等を記載したものをお渡ししている。	
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)	監事による内部監査を年に2度受監しています。税理士からか事務、経理、取引等に関するルール等を都度確認している。職員にも決算を公開し、周知が行われています。専門家からの助言による経営改善にも努めています。	

		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	利用者との交流を広げるための取組を行っている。	a
(コメント)	パンフレットを近隣にお渡しし、年賀の挨拶等も行っている。販売会にも呼んでいただいているので参加し交流に務めている。クリスマス会など地域の方にも参加してもらっている。	
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)	ボランティアの受け入れしており、マニュアルも整備している。オリエンテーション研修も行っている。交通費は一律1,000円をお支払いしている。	
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)	地域の事業所や病院等をリスト化を行っている。計画相談と担当者会議しては必ず行っている。自立支援協議会（西区作業ネットワーク）と連携している。	
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。	b

(コメント)	地域の福祉や生活のニーズや課題について、近隣住民等とお話する上で、高齢化と考えている。	
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)	近隣の聾の方の団体をお招きする等して地域貢献を行っている。また地域コミュニティとの交流も行っている。避難訓練は地域の3事業所合同で行っている。	

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ための取組を行っている。	a
(コメント)	運営規程と重要事項説明書に利用者を尊重した福祉サービス実施について明記されており、行動規定を整備し従業員にも周知し読み合わせています。支援・介助や作業マニュアルも整備されている。身体拘束適正化・虐待防止委員会が設置され研修を行っています。人権研修も行っている。	
	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)	プライバシーマニュアルを整備している。利用者や家族にお渡しし周知しています。独立した相談室があり、プライバシー保護に努めています。	
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)	市役所等にパンフレットを置かせていただいている。また希望により、見学や体験利用をしてもらい事業所のサービス内容等の情報提供に努めています。パンフレットの見直しも定期的に行っている	
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)	サービスの開始や変更については、重要事項説明書を用いて丁寧に説明同意をいただいています。説明時には相談員さんも同席していただいている。また拡大版も用意している。	
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)	個別支援計画を変更する際は、著しい変更や利用者にも不利益が生じないように配慮がされています。また、サービスが終了した利用者に対しては、引継ぎマニュアルを使用し支援が行われています。利用終了後の支援の窓口を設置しており、利用者が相談しやすい体制が構築されています。	
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)	利用者への定期的な面談をおこなっており、また家族会議も3か月に1回行い、状況や満足の確認を行っている。モニタリング時にも行い、不満等の聞き取りがあれば、ミニ会議等を行い、改善を行い、利用者満足度の向上に努めている。改善の成果として、具体的には、利用者同士で電話番号交換をしたことと電話のルールを決めたことがある。	

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)	苦情相談は記録を行い、主任会議を行い、苦情・相談の結果や対応策は、利用者や保護者に対して必ず回答していますが、公表はしていません。また第三者委員を設置していません。	
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)	利用者が相談意見を述べることに對して、遠慮なく意見して欲しいと日々お話していません。意見箱も設置されており週1回開封をおこなっている。更に、重要事項説明書で説明し、相談室に据え置き周知しています。また、相談室はプライバシーに配慮された作りになっているので、利用者が相談や意見を述べやすい環境となっています。	
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)	利用者から相談があれば、「ちょっと待って！」は言わないようにし対応を後手にしないようにしている。マニュアルも整備されており、利用者が相談しやすく意見を述べやすいように配慮し、適切な相談対応と意見の傾聴に努めています。相談対応に時間がかかる場合はあらかじめその旨を伝えています。	

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)	利用者の事故に係る担当者は管理者が行っており、事故発生要領・緊急マニュアルの整備も行い訓練も行っている。ヒヤリハット事例の収集を行い改善策・防止策を記載しています。事故報告書も作成している。運転については安全運転講習なども利用している。安心・安全な福祉サービスの提供のための取組を行っています。	
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)	感染症防止担当者を看護師が行っており、感染対策委員会の設置もされ、マニュアルの整備を行い更新も行っています。また職員への感染症防止研修訓練も行っています。看護師については外部研修を受講しフィードバックしている。感染症の予防策として職員はPCR検査を週1回行い、毎日アルコール消毒を行っています。利用者の送迎時にまず検温し事業所内で手洗い消毒し再度検温を行っている。また様子がいつもと違い利用者はしっかり確認している。	
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)	災害対応マニュアル(安否確認あり)・避難確保計画の策定を行い、火災と地震などの避難訓練を年2回行っており、ハザードマップも掲示しておりBCPも整備しています。非常災害時の食料等を備蓄し備蓄リストも整備されています。社員間の連絡はLINEワークスで行っています。	

		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)	マニュアルを整備しており、利用者の特性に応じて作業をしやすいように工夫しています。マニュアルの内容については職員にも周知しています。	
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)	支援マニュアルについては、1か月1回随時見直しを行っています。個別支援計画に反映が必要となった場合は、個別に対応を行っております。見直しについてはスタッフや利用者の意見も取り入れています。	
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。		
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)	アセスメントはサービス管理責任者（男性）が実施しているが、他の職員（女性）も参加してアセスメントを実施する事もあり、利用者の要望やニーズ、サービス提供記録などの情報を個別支援計画に適切に反映しています。支援記録や経過記録等に日々の支援内容について記録し、支援困難ケースがあれば、相談専門員を含めたケース会議を実施しております。	
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)	6か月に一度モニタリングを実施しているが、月に1回行っている利用者もいる。適宜個別支援計画の見直しが行われており、見直しを行い同意を得ています。変更した個別支援計画を関係職員に周知しています。個別支援計画を緊急に変更する必要がある場合についても、通常の個別支援計画の見直しの際と同様の手順を踏んで作成されていますが、会議には保護者・相談支援員にも参加してもらっています。	
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)	業務日誌やサービス提供記録に記録しスタッフと共有することで適切な支援を行っている。会議やミーティングやlineワークスを用い事業所内で情報を共有する仕組みを構築している。	
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規定に個人情報の取扱いが規定されており、記録管理の責任者として管理者・記録書類管理担当の指示のもと、利用者に関する記録が適切に保管、保存、廃棄されています。情報漏洩については、就業規則や従業員に誓約書を提出させ職員に周知徹底されています。個人情報保護の研修も行っている。	

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)	利用者の自己決定を尊重した個別支援を行っています。利用者 事業所のルールは利用者と考え理解も得ている。支援には絵カードなどを使用し、一人一人の特性に応じて使用している。また、たばこを吸う利用者について喫煙場所を用意している。	
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)	虐待防止・身体拘束適正化委員会を開催し、虐待防止マニュアル（通報者保護の記載もあり）、身体拘束適正化マニュアル（3要件も記載している）を策定し、全職員に対して年一回以上の研修を実施し、虐待防止指針について利用者にも周知しています。また、権利侵害が発生した場合に、再発防止策等を委員会で検討する等の仕組みが明確化されています。また権利擁護については重要事項説明書にも記載がある。	
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)	利用者の心身の状況、生活習慣や望生活等を理解し、一人ひとりの自立・自律に配慮した個別支援が行われています。自立や生活の自己管理ができることを理念としている。作業も食事も利用者が選ぶ支援を行っています。行政手続きや生活関連サービスの利用の際には、アドバイスを行っている。	
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)	利用者の心身の状況に合わせて、写真や絵など指差しを使ってコミュニケーションをしようすることもある。	
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)	利用者が職員に話したいことを話せる機会を個別に設けており、面談希望者には随時行っています。利用者の意思を尊重した支援と意志決定を尊重した支援を行っており、サービス管理責任者は情報を共有しています。	
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、利用者の希望やニーズにより選択できる日中支援活動の種類を多様化を図っており、また利用者の要望で余暇活動として散歩やアイロンビーズ、音楽のDVDを見たりしている。計画は随時変更を行っている。	
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)	従業員の研修受講（外部研修・内部研修）、OJTを積極的に行っている。利用者の障がいによる行動や生活の状況等を把握し、職員間で支援方法について検討・理解・共有を行って、適切な支援を行っています。また、利用者間の関係等を考慮してO×カードを用いて、利用者に決めてもらい隣同士にならないよう支援を行っている。食事やおやつも人によって嚥下しやすいような工夫もしている。	
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)	個別支援計画に基づき、栄養と嗜好を両立した支援を行っている。お弁当は健康的なお弁当を選択できる。移動移乗支援も適宜行っている。	
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)	事業所は清潔、安全、快適な利用ができるように配慮されています。不穏な利用者は別部屋で様子を見るなど行っている。	
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)	計画に基づき、機能訓練担当職員は整形外科経験がある看護師が行っている。公共交通機関を利用する訓練等も行っている。	
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)	月1回ドクター、週1で看護師によるヘルスチェックを行っている。マニュアルあり、利用者への健康診断は年1回実施している。服薬管理や発作マニュアルも整備している。インフルエンザの予防接種は事業所内で行っている。	
A-2-(5)-② 医療的支援な支援が適切な手順と安全管理体制のもと行われている。		—
(コメント)	医師の指導のもと看護師が行っている。看護師が不在のときは看護師から指示を出す体制を整えている。	
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)	希望を聞きガイドヘルパーさんにつなぐ。年に1度利用者自身が自身のお金で買い物をしてもらう日を作っている。	
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。		b
(コメント)	地域生活に必要な社会資源の情報提供についてはFAXなどでくるグループホームの資料を提供している。今後、事業所近くにグループホームを指定予定。利用者に自立（一人暮らし）というものについて説明している。また体験利用をする場合は送迎も行っている	
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)	家族会のlineワークスでつながっており、スタッフを除外し理事のみ参加。利用者の意向を尊重して家族との交流を行っています。また、家族には支援の都度、連絡帖をお渡ししている。緊急連絡先も必ず聞いています。	
		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) 対象となる利用者がいないため非該当	
		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) 対象となる利用者がいないため非該当	
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) 対象となる利用者がいないため非該当	
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) 対象となる利用者がいないため非該当	

利用者への聞き取り等の結果

調査の概要

調査対象者	生活介護の利用者
調査対象者数	2 人
調査方法	事業所職員が退席した上で相談室での聞き取り調査

利用者への聞き取り等の結果（概要）

▼満足度の高い項目

- ・サービスを利用する日々の内容について、わかりやすく説明してくれる。
- ・職員はいつも意見を大切にしてくれるし、何かあったとき相談できる職員もいる。
- ・職員の言葉遣いはいつも丁寧。
- ・職員は、日々のサービス内容について、分かりやすく説明してくれ、質問にも丁寧に答えてくれる。
- ・個別支援計画の内容をしっかりと説明してくれている。
- ・プライバシーをしっかりと守ってくれる。
- ・提供される食事が美味しい

▼満足度の低い項目

- ・スタッフによってケアの仕方が違う。・トイレが汚れていることがある

◎講評

相談できる職員が多くいること、静養室でのクールダウンなども可能で、内職が数種類用意されている。

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