

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 | 摂津市立 ひびきはばたき園 | | |
| 運営法人名称 | 社会福祉法人 摂津宥和会 | | |
| 福祉サービスの種別 | 生活介護・就労移行支援・就労継続支援B型 | | |
| 代表者氏名 | 施設長 竹中 久美子 | | |
| 定員（利用人数） | 60 名 | | |
| 事業所所在地 | 〒 566-0062 大阪府摂津市烏飼上5丁目2番8号 | | |
| 電話番号 | 072 - 653 - 1212 | | |
| FAX番号 | 072 - 653 - 0365 | | |
| ホームページアドレス | http://www.hibikhabataki.org/ | | |
| 電子メールアドレス | hibikhabataki@bz04.plala.or.jp | | |
| 事業開始年月日 | 平成22年11月1日 | | |
| 職員・従業員数※ | 正規 | 26 名 | 非正規 6 名 |
| 専門職員※ | 社会福祉士 名 | 4名 | 精神保健福祉士 2 介護福祉士 12 |
| | 保育士 名 | 1名 | 理学療法士 1 |
| | 看護師 名 | 1名 | |
| 施設・設備の概要※ | [作業・訓練室等] | 作業室 4室 調理訓練室 1室 | 訓練室 5室 |
| | [設備等] | 食堂2 調理室1 | 更衣室4 |

※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 | 平成 29 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】

（摂津宥和会 基本理念）

障がいのある人もない人も、高齢者も子どもも、住み慣れた地域で共に支えあい生活し、一人ひとりが心に描く幸せを大切に、安心して適切な福祉サービスの提供と社会づくりを目指します。

（摂津市立ひびきはばたき園 基本理念）

ひびきはばたき園に従事する職員は、利用者の基本的人権を尊重し、利用者が主体的にいきいき・のびのびと園や地域で生活できるように支援します。この基本理念は、ひびきはばたき園に従事する職員の基本姿勢であり、絶えず自己評価・相互評価しながら、自己変革に努めていきます。

■利用者は「一人の人として」尊ばれ、社会の一員として重んじられる。

■利用者は、園の主役である。元気で、楽しく、ゆとりを持って、安全に充実した園生活が保障される。

■利用者は、一般の人と同じ経験や生活が営めるように、公平なサービスを受けられる。

■利用者は障がいの程度や状態に応じた支援を受け、また、自己選択や自己決定できる場面や状況が保障される。

■園は、利用者的人格や行動を情緒豊かに受け止め、利用者と職員が共感し共に向上することを目指す。

■利用者の個人情報等について、秘密保持に努める。

■苦情があった場合に、謙虚に利用者からの苦情を受けて、苦情解決マニュアルに沿って解決に努める。

【施設・事業所の特徴的な取組】

■多様な福祉ニーズに応える

地域で障がい者が暮らしていく上で必要となる日中活動の場と就労を支援する場、相談事業、施設入所、グループホーム、移動支援の事業所が同法人内にあり、障がい者一人ひとりのニーズを満たすために連携の取れたトータルサポートを実施している。また、法人内の「みきの路」にも生活介護事業所があることで、二事業所が連携して摂津市全域に隈なく支援の手を伸ばし、効率よく各事業所の特色を活かしながら幅広くニーズに応えている。

■工賃アップ、就労機会の拡大、社会貢献に向けて（就労継続支援B型）

平成26年度から摂津市より食品トレー選別作業等の業務の委託を受けて、リサイクルプラザにおいて施設外就労を実施している。利用者1名を臨時職員登用し、障がい者雇用を推進している。また、平成28年9月から摂津市より要請を受けて小型家電リサイクルに取り組み、希少価値のあるレアメタル回収を行っている。このリサイクルに取り組む障がい者施設は、国内ではまだ数少ない中で、当事業所では先駆けて実施している。この二つの事業については、行政バックアップを得ながら安定した事業継続ができること、何より地域社会への貢献・障がい者雇用の拡大・工賃の確保を目的としている。

■就労サービス体系の充実

市内唯一の就労移行支援事業は、就労前実習先の確保と機会を増やし、仕事を理解し経験しながら就職に繋げている。また、近年では、自立訓練事業を開始し、公共交通機関を利用した外出の充実やより良い地域生活が送れるようなカリキュラムを試行錯誤しながら作っている。自立訓練のニーズはさほど高くないものの少ないニーズに応えていく姿勢は公立施設である当事業所の責務と考えている。

【評価機関情報】

| | |
|-----------|--|
| 第三者評価機関名 | 特定非営利活動法人NPOかなびの丘 |
| 大阪府認証番号 | 270040 |
| 評価実施期間 | 令和3年10月7日～令和3年10月8日 |
| 評価決定年月日 | 令和3年12月15日 |
| 評価調査者（役割） | 1401B017（運営管理委員） 0701B031（専門職委員） （ ） （ ） （ ） |

【総評】

◆評価機関総合コメント

多機能型事業所ひびきはばたき園は、5つの事業を行っています。園は、摂津市の北東部に位置し、市の総合福祉施設「ふれあいの里」の敷地内にあります。定員は60名で現在68名の利用者が通所し色々な活動に笑顔で元気に参加しています。①生活介護事業では、障がいの度合いや身体状況に応じて「いきいき」「わくわく」「うきうき」「のびのび」「かがやき」の5クラスに分かれて療育や機能訓練、創作活動、生産活動、運動、リサイクル活動等を行なっています。②就労移行支援事業は、就労に必要な知識や技術、体力を身に付けるために2年間のカリキュラムを通して、就職活動から就職後のアフターケアまでを行なっています。③就労継続支援事業B型は、就職に向けて自分のペースでパソコンの解体作業や陶器づくり、野菜づくり等と、施設外でトレーの選別作業をしています。④自立訓練事業は、高校卒業後の利用者が社会に出る準備やもう一度就労へ挑戦する利用者が人の付き合い方や、あいさつなどのコミュニケーションの取り方、陶器づくり、パソコンの使い方等を学んでいます。⑤移動支援事業は、一人で外出が困難な利用者に出先のサポートや余暇活動、コミュニケーション等の支援を行なっています。

建物は2階建てで1階が事務所や食堂、料理室、作業室等、2階が作業室や多目的室等になっていて、1階ゾーンが重度利用者の活動場所、2階ゾーンが就労移行とB型の作業室になっており、エレベータを設置しています。

法人は、昭和57年に「摂津市障害児童センター」として設立し、平成22年に多機能型事業所として事業を開始しています。平成27年に法人合併後、現在は、(社福)摂津育和会として、市立身体障害者・老人センター、市障害者職業能力開発センター、市立児童発達支援センター、市障害者総合支援センター等を運営、摂津市における障がい・高齢者福祉の中心的な役割を果たして、地域になくてはならない存在となり、地域交流や社会貢献を大切にして、地域に根差した福祉サービスを展開しています。

◆特に評価の高い点

1. 理念・経営方針の明文化と利用者・家族への周知

法人理念や経営方針は、ホームページや事業計画、広報誌等に明文化し、家族会で周知しています。利用者への周知は、事業所内に分かりやすい文言で大きく(約幅50cm長さ150cm)スローガ的に掲示し、利用者や家族、来園者、職員が常時閲覧することができます。

2. サービスの質の向上に向けた取り組み

市の指定管理評価シートを基にサービス内容の評価・検討を行なうほか、利用者満足度アンケートや年2回の虐待防止セルフチェックリストを用いた点検、ヒヤリハットの分析等を行ないサービスの質の向上に努めています。また、平成25・29年、令和3年と第三者評価を定期的に受審し、評価後は、サービス向上委員会やリーダー会議等で評価結果の分析・検討を行ない「受審結果のまとめ」として文書化し、施設連絡会やリーダー会議、職員会議等において周知しています。

3. 施設運営に関する高い透明性

ホームページやパンフレット・広報誌等において法人や事業所の理念や経営方針、事業計画、事業報告、活動内容等を公表するほか、法人・事業所の存在意義や役割を明記しています。また、第三者評価結果や改善内容等を家族会で説明したり、事業所内に掲示しています。

4. 地域交流と社会貢献の充実

法人の運動会や福祉作品展に利用者・家族、関係者、地域住民を招待するほか、地域行事の『淀川わいわいがやがやまつり』や健康まつり、バザー等に出店、利用者・職員が参加し交流しています。また、月1回こども食堂の実施や、「ふれあいの里」周辺の一斉清掃、市内幼稚園への手作りマスク寄贈、他施設のバザーや青空市への出店、大阪しあわせネットワーク参加、廃棄パソコン回収によるリサイクル作業等々の活動を行なっています。

5. 生活介護や就労系サービスの生産活動の多様化

生活介護等のサービスは利用者の多様化に対応し、多彩な活動を取り入れています。特に、生産活動の実施では、近隣の企業から仕事を提供してもらうことで、利用者が仕事をする事への責任や社会貢献を感じながら、収入を得る喜びを分かち合っています。

6. 強度行動障がい・自閉症スペクトラムの支援

不要な刺激や情報を抑えて必要な情報に集中できるよう配慮する、いわゆる「構造化」を中心とした手法により、利用者一人ひとりが落ち着いて過ごせるよう環境を整えることで、活動や行動に見通しを持てるようになって、活動の幅が広がっています。

◆改善を求められる点

1. 事業計画の作成手順書の作成

毎年、同じ時期に各事業会議で前年度計画の評価・分析を行ない計画を策定されていますが、作成手順が明確ではありません。作成時期の明確化と手順書の作成が望まれます。

2. サービス提供に関わる有資格者の採用計画と人事配置

サービス提供に関わる有資格者の具体的な計画が示されていません。福祉現場の専門性を担保するためにも、一定数の有資格者の採用や人員配置等が望まれます。人材育成基本方針等に具体的な計画の明記が望まれます。

3. 内部牽制体制の確立

公認会計士や社会保険労務士に相談・助言を得ていますが、内部監査が行なわれていません。牽制体制の確立、また、法人本部や法人内他事業所の管理者等による内部監査の実施が望まれます。

4. 事故報告書の様式の検討と再発防止策の実効性の評価

リスクマネジメント体制が構築され、ヒヤリハットや事故等には迅速に対応されていますが、効果的な再発防止につなげるためには、事故報告書の様式の見直しが必要です。併せて、ヒヤリハット等から導かれた再発防止策の実行状況の把握、その実効性について、定期的に評価できる仕組みづくりが必要です。

5. 苦情内容の公表

苦情解決の仕組みはあり、苦情の申し出には真摯に対応しています。今後は、本人や家族の同意を得たうえで、苦情の中身や件数、対応の経緯などをホームページなどで公表し、施設の姿勢や取組についても周知していくことが望まれます。

6. 支援マニュアルの整理

多様なマニュアルが整備されていますが、長年、見直しがなされていないものや、作成日が確認できないものもあります。また、いざという時、迅速に活用できるためにも、カテゴリ別に綴って整理しておくことが肝心です。

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

日頃取り組んでいる業務や支援について、評価シートに沿って自己評価を行うことで改めて施設の強み・弱みが分かり今後の課題も見えてきました。そして、今回は職員全体で自己評価を行ったので職員の意識の向上にもつながる良い機会となりました。

第三者評価の受審は今回で3回目となります。何度、経験しても評価を受けることは、大きなプレッシャーであり自己評価・提出資料作成等で多くの時間を要します。

しかし、受審後に調査者の方々から頂く総評をお聞きし評価に値する事、今後の課題・改善点をお聞きした後、2日間の受審が終わり、プレッシャーからの開放感とともに達成感を味わうことができました。何よりも、自己を振り返りそして調査者の方々に適正に評価して頂き、これからも自信を持って進めていけることや今後の課題・改善点も明確になりました。今以上にサービスの質を高め、今後の利用者支援につなげていけたらと思います。

これからも、ご利用者の笑顔が増えるよう職員一同頑張っまいます。
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。 | | |
| 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) | <p>■理念や経営方針は、ホームページや事業計画、パンフレット等に明文化するとともに、法人や事業所の使命や目指す方向、考え方を読み取ることができます。また、職員の行動規範となる内容になっています。</p> <p>■利用者や家族への周知は、ホームページやパンフレット、広報誌等に掲載するほか、家族会で周知しています。また、事業所内にスローガンの大きく分かりやすい文言で掲示し、利用者や来園者、職員が常時見ることができます。</p> <p>■職員は、ホームページや事業計画、掲示のほか、採用時研修や朝礼・終礼時等で周知できています。</p> | |

| | | 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) | <p>■社会福祉事業全体の動向は、経営協会や法人内の高齢施設、児童施設、相談支援事業所から幅広く情報を把握し施設連絡会議で分析しています。また、市障害福祉計画は、事前ヒヤリングに施設として参加し意見を述べるほか、内容の把握・分析を施設連絡会議で行い、その後、職員へ周知しています。</p> <p>■利用者数や利用率、人件費率等のデータ収集や、経営環境や課題等の把握・分析、また、コストや利用率等の分析についても施設連絡会議で行なわれています。</p> | |
| 3 | I-2-(1)-② 経営環境と経営状況の把握・分析にもとづき経営課題を明確にし、具体的に進めている。 | a |
| (コメント) | <p>■法人や事業所の経営課題は、法人の会議や事業所の施設連絡会議、リーダー会議等で把握・分析し、対応しています。また、事業拡大や改修繕等は、法人の会議での検討のほか、理事会に各事業所の状況報告を行なうなどして理事や監事等と情報共有ができています。</p> <p>■毎年5月から単年度事業計画(予算編成方針)を支援員会議で検討・策定し、管理職でまとめ決定しています。利用者確保や改修繕等の課題は、職員会議や支援員会議等で職員に周知しています。</p> | |

| | | 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。 | a |
| (コメント) | <p>■中期計画は、法人や事業所の基本理念や経営方針のほか、人権の尊重や良質のサービスの提供、事業経営の透明性、利用者支援、職員の人材育成、地域貢献や社会貢献等を網羅しています。</p> <p>■中期計画は、数値目標や具体的な成果を設定する内容と収支予算がありサービス向上委員会等で見直し、リーダー会議で決定しています。今後、対比できる数値目標の設定を期待します。</p> | |
| 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) | <p>■単年度計画は、中期計画を踏まえ課題を明らかにし重点目標を掲げて実現できる具体的な内容になっています。その内容は、経営方針や事業活動内容、利用者及び家族支援、健康管理、虐待防止、個人情報保護、施設の社会化、職員会議等と、実現できるものになっています。今後、対比を可能にする具体的な数値目標の設定が望まれます。</p> | |
| 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。 | b |
| (コメント) | <p>■事業計画は、各事業会議で前年度計画の評価・分析を行なって策定し、全体職員会議で決定し、支援員会議や全体職員会議で周知しています。また、定められた時期に策定されていますが、明確な作成手順を示したものがありません。今後、策定期限の設定や作成の手順書(フローチャート)の作成が望まれます。</p> | |
| 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) | <p>■利用者への周知は、利用者に必要な活動内容や行事等を朝礼や終礼において資料を基に説明したり、パソコンやタブレット、パンフレットを使用し分かりやすく説明しています。また、配布資料は、分かりやすい文言にルビを振りA3に拡大しています。また、必要に応じて利用者個々に説明も行なっています。</p> <p>■家族への周知は、年度初めの家族会で事業計画を基に説明しています。不参加の家族にも資料を配布しています。</p> | |

| | | 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。 | a |
| (コメント) | <p>■リーダー会議やサービス向上委員会でサービス内容の評価・検討を行なっています。また、利用者満足度アンケートや年2回の虐待防止セルフチェックリストを用いた点検、ヒヤリハットの検討等を行ないサービスの質の向上を図っています。</p> <p>■市の指定管理評価シートを基にサービスの質についての評価・見直しを行なっています。また、第三者評価受審を平成25年度、29年度、令和3年と定期的に受審しサービスの質の向上に取り組んでいます。</p> <p>■入職者研修で社会人としての心構えや支援方法を学ぶほか、人権研修や虐待防止研修、ケース会議等を行いサービスの質向上に努めています。</p> | |

| | | | |
|---|-----------|---|---|
| 9 | I-4-(1)-② | 評価結果にもとづき組織として取り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) | <ul style="list-style-type: none"> ■指定管理評価シートの指示書項目が課題として文書化され、朝礼や終礼、職員会議等を通して全職員で共有しています。 ■前回の第三者評価評価受審結果は、サービス向上委員会やリーダー会議等で分析・検討され、「受審結果のまとめ」として文書化し周知されています。現在、改善が進行中のものもあります。なお、改善計画の見直しは、サービス向上委員会で行なっています。 | |

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"> ■管理者は、事業所の経営・管理に関する方針や取組みを年度初めの研修やリーダー会議、職員会議等で明確にするとともに、自らの役割や責任を職務分担表に明確にして朝礼や終礼、各会議で周知しています。 ■災害や防犯の役割・責任を各会議等で明確するとともに、管理者不在時の権限委任等の体制も明確にできています。また、災害時における事業継続計画（BCP）を作成しています。 | |
| 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、大阪府・市町村社会福祉法人・施設等指導監査合同説明会に参加し、感染症対応や人権擁護、労働関係等の法令のほか、虐待防止法(管理者向き)や交通安全等について学んでいます。 ■管理者は、学んできた各種法令について朝礼や終礼、各会議で周知するほか、職員に対して人権擁護や虐待防止、法人理念等の研修を行なっています。また、外部研修の伝達研修や学んできた研修資料を回覧し周知しています。 ■社会福祉法や障害者基本法、障害者総合支援法、差別解消法、成年後見制度、消費者契約法や市条例、リサイクル法等の幅広い資料をファイリングし、事務所に置いて、常時職員が閲覧できる状態にしてあります。 | |
| 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"> ■サービス向上委員会や虐待防止権利擁護委員会を定期的開催し、サービスの質の評価・分析を行なっています。また、目標シートの提出や年2回セルフチェックを行ない評価後には、職員と面談し意見を聞いたり、指導・助言しています。 ■管理者は、施設連絡会議やリーダー会議、サービス向上委員会等に参加し職員の意見を聞いたり、直面する課題の改善に向けて取り組んでいます。また、各種研修の立案・実施と、外部研修へ参加後は、伝達研修や参加資料の配布・回覧を行いサービスの質向上を図っています。 | |
| 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"> ■管理者は、市に提出する指定管理評価シートを基に、経営や業務の向上に向けた施設連絡会議やリーダー会議等に参加するとともに、サービス向上委員会や職員会議等を通して職員に周知しています。 ■管理者は、年度末のリーダー会議で次年度の利用者や職員の具体的な体制の協議や、業務改善の実効性を高める取組みを行なっています。 ■支援記録等の共有化や書類作成の合理化と負担軽減等のために支援ソフトを導入しています。また、職員体制を整え、有給休暇や休憩が取りやすく働きやすい職場環境づくり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。

| | | | |
|--------|------------|--|---|
| 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。 | b |
| (コメント) | | <p>■事業所に必要な人材や人員体制の基本的な考え方、人材確保と育成の方針などは、人材育成基本方針に明記されていますが、サービス提供に関わる有資格者の具体的な計画がありません。今後、人材育成基本方針等に、専門性を担保するための一定数の有資格者の採用や人員配置等の具体的な明記が望まれます。</p> <p>■職員は、ハローワークやホームページ、就職サイト、就職セミナー等で確保しています。人材の育成は、人材育成検討委員会があり育成方法などの検討を行ない、職員のスキルアップや意識向上に繋がるように各種研修計画を立て実施しています。研修に参加できない職員には、伝達研修や研修資料の配布や回覧を行なっています。</p> | |
| 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) | | <p>■法人の理念や経営方針に「期待する職員像」を明確にして、入職時研修や各職員会議、職員面談時等を通して周知しています。</p> <p>■就業規則に職員採用や異動や昇進・昇格等の人事基準を定め、サービス管理者は副主任以上と明確化しています。また、自己申告表を通じた面談で職員に周知するとともに、基準に則り人事考課を実施しています。</p> <p>■職員の業務水準や支援能力等を評価する人事基準に基づいた人事考課を制度化しています。また、キャリアパスがあって、職員が将来を描くことができる総合的な仕組みとなっています。今後、就業規則とは別に、独立した形での「人事基準表」の作成が期待されます。</p> | |

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組んでいる。 | a |
| (コメント) | | <p>■管理者を「労務管理の責任者」と明確にし、施設連絡会や職員会議、面談等を通して職員に説明し、毎月の有給休暇・育児休業の取得状況、日常勤務の内容、残業の実態等を把握しています。</p> <p>■職員の心身の健康と安全のため年1回の健康診断やストレスチェックを実施するとともに、定期健診で異常があれば2次検診を受けています。また、職員向けの苦情やセクハラ・パワハラ相談窓口を設置し、各会議や掲示等で相談窓口を周知しています。</p> <p>■職員の余暇活動をサポートするために「ソウェルクラブ」への入会や親睦会を実施しています。また、働きやすい環境づくりのため、職員面談を行ない意見や要望に耳を傾けています。</p> | |

| | | | |
|--------|------------|--|---|
| 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。 | a |
| (コメント) | | <p>■中長期計画に「期待する職員像」を明確にして、職員一人ひとりに「自己申告表」の提出を求めています。</p> <p>■管理者は、職員の目標管理のため年2～3回面談を実施し、提出された自己申告表を基に、支援目標の設定や目標の進捗状況、目標の達成度の確認を行なっています。</p> | |

| | | | |
|--|------------|---|---|
| 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) | <p>■期待する職員像が中長期計画に明確にされていますが、事業計画や人材育成基本方針にサービス提供に必要な専門技術や資格等の明記がありません。今後、事業計画や人材育成基本方針において、提供するサービスに一定の専門性を確保するための資格・職種等を明記することが望まれます。</p> <p>■人材育成基本方針の中に人材育成内容が明記され、リーダー会議において教育・研修の内容等を検討し研修を実施しています。また、評価・見直しもリーダー会議で行なっています。</p> | |
| 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) | <p>■管理者は業務に必要な資格や研修に関する情報を把握し、個々の職員が保有する専門資格の一覧表を作成しています。また、資格取得のため自主研究グループ助成金交付や専門職員資格取得助成金制度があります。</p> <p>■法人や各事業所での研修を実施するとともに、上司や先輩が個別にOJTを行なって、適切に指導しています。また、階層別やテーマ別研修等は、法人内研修や事業所内研修のほか、オンライン研修(eラーニング)にも参加しています。</p> <p>■研修案内は、事業所内の掲示や各会議で発信しています。研修には、できるだけ公平に参加できるよう、勤務を変更するなどの配慮がなされています。</p> | |
| 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。 | a |
| | (コメント) | <p>■福祉サービスに関わる専門職の研修・育成に関する基本姿勢を「受入れマニュアル」に明記し、実習プログラム等を整備しています。今後、事業計画にも実習生等の研修・育成に関わる基本姿勢の明記を期待します。</p> <p>■相談援助実習指導者講習会を受講した職員が実習窓口となり、実習受入れ校の教員と実習前打合せや振り返りのほか、電話やメールで連携を図っています。</p> <p>■実習生に対しては、プログラムに沿って、施設概要や経営理念、多職種からの指導等、実習生の課題に応じた実習を行なっています。</p> | |

| | | | 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。 | b |
| | (コメント) | <p>■ホームページに法人や事業所の理念や経営方針、事業計画、事業報告、活動内容、決算報告等を公表しています。また、パンフレットや広報誌にも理念や経営方針、活動内容のほか、法人や事業所の存在意義や役割等を明記しています。</p> <p>■第三者評価は、平成25年、29年、令和3年と定期的に受審し、その結果や改善方法等は家族会で説明したり、事業所内に掲示し公表しています。苦情受付体制も各事業所に掲示し、第三者委員を2名配置しています。なお、受審結果や改善内容、苦情内容等について、事業報告書にも掲載することが望まれます。</p> <p>■パンフレットや広報誌は、法人の関係者や市役所、市社協、保健センター、関係施設、法人内各事業所、支援学校等に配布しています。今後は、地元の自治会や近隣の会社関係、市内の各事業所への配布も期待されます。</p> | |

| | | | |
|----|------------|---|---|
| 22 | II-3-(1)-② | 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営ための取り組みが行われている。 | b |
| | (コメント) | <p>■事業所における事務や取引等に関するルールは、経理規程や職務分担表等に明確に定めて事務や経理、取引業務等を行なうとともに、朝礼や終礼、各会議で職員に周知しています。</p> <p>■事務や経理、取引等については、公認会計士が定期的に来所し相談・助言を得ています。会計面ではクラウドシステムを導入し効率性を高めています。また、社会保険労務士にも随時電話相談をし、研修講師として招いています。</p> <p>■今後は、牽制体制の確立のため法人本部や法人内他事業所の管理者による内部監査の実施が望まれます。</p> | |

| | |
|--|-------------|
| | 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) | <p>■中長期計画や事業計画に地域交流に関する基本姿勢を明示するとともに、行政や地域の情報や行事案内が届いたら、利用者に行事内容を説明し、案内を配布しています。また、掲示板に掲示しています。</p> <p>■法人の運動会や福祉作品展、地域行事の「淀川わいわいがやがやまつり」、「市民健康まつり」やバザー等に出店し、利用者や職員が参加し交流を図っています。また、利用者のニーズに応じた買い物や受診、理容等では近隣の資源を優先的に利用しています。</p> | |
| 24 | 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) | <p>■事業計画にボランティア受入れに関する基本姿勢を明記し、ボランティアはネットの情報(KVネット)で募集したり、市社協の体験プログラムに登録しています。ボランティア受入れでは、オリエンテーションの実施や振り返りを行ないボランティアの意識を高めています。また、職員もボランティア養成講座を受講しています。</p> <p>■事業計画に学校教育への協力の基本姿勢を明記し、体験学習や施設見学の受入れ、支援内容等の説明を行なっています。</p> | |
| 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) | <p>■利用者が必要とする地域の社会資源のリストをファイリングして就労系の作業場所に置き、常時利用者や職員が閲覧できるようにしています。また、職員会議でも説明し情報の共有を図っています。今後は、就労系以外の利用者も閲覧できるような社会資源リストを作成し、より広く活用できる状況となることが期待されます。</p> <p>■ハローワークや障害者就業・生活支援センターとの連携のほか、3施設事業所連絡会や日中活動事業所連絡会に参画して他の法人や事業所と情報交換や連携を図っています。また、市のボランティアセンターや大社協、KVネットなどともつながりを持っています。</p> <p>■レアメタル回収リサイクルを実施する国内障がい者ネットワークの「基盤ネットワーク」に参加し、有意義な情報のやり取りが行なわれています。</p> | |

| | | |
|-------------------------------|--|---|
| 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) | <p>■施設のパワーアップ事業として令和元年から「こども食堂」に取り組んでいます。今はコロナ禍で休止中ですが、再開に向けて他の子ども食堂とのネットワーク化に取り組んでいます。</p> <p>■就労支援ネットワーク会議や3施設事業所連絡会、日中活動事業所連絡会に参画し、地域の事業所等と情報交換や連携を図っています。</p> <p>■法人に相談支援事業(2か所)と障害者就業・生活支援センターがあって、当事者や家族、関係者の相談等に対応しています。</p> | |
| 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) | <p>■月1回のこども食堂の実施や、定期的に「ふれあいの里」周辺の一斉清掃、市内幼稚園への手作りマスクの寄贈、他施設でのバザー出店、青空市への参加、廃棄パソコン回収によるリサイクル活動等の活動を行なっています。また、「大阪しあわせネットワーク(生活困窮者支援)」にも参加しています。</p> <p>■支援学校生徒の実習受入れや、支援学校の先生や放課後デイサービス職員を対象に、強度行動障がいの支援や対応方法などの講演を行なっています。</p> <p>■当施設を含めた「ふれあいの里センター」は、市の「福祉避難所」の指定を受け、物品備蓄など、避難者受け入れ体制を整備しています。</p> | |

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) | <p>■利用者を尊重した福祉サービスについて共通の理解をもつための取組として、年度初めに、全職員で倫理要綱を読み合わせしたり、施設内研修にて理念・基本方針の振り返りを行なうなどしています。また、組織の基本姿勢などは、利用者にわかりやすい表現を用いて、施設内に大きく掲げられています。</p> <p>■利用者の尊重や基本的人権への配慮については、朝礼・終礼時に職員間で話し合う機会を設けるなど、意識の確立に必要な対応を図っています。</p> | |
| 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) | <p>■「個人情報保護に対する基本方針」を策定し、それに基づく「プライバシー保護マニュアル」を整備しています。</p> <p>■一人ひとりの利用者が安心して過ごせるよう、障がい特性に合ったクラス分けを行ない、集団が苦手な方、集中が難しい方などに合わせた環境整備を行なっています。</p> <p>■更衣室・トイレは十分なスペースとプライバシー保護にも配慮するとともに、介助が必要な場合には「同性での介助」を徹底しています。</p> | |

| | | |
|---|-----------|---|
| 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 | <p>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。</p> <p style="text-align: right;">a</p> |
| | (コメント) | <p>■行政機関はじめ、相談支援事業所、特別支援学校等にパンフレットを置いています。</p> <p>■パワーポイントで施設を紹介する動画を作成したり、インターネット上に組織を紹介したホームページを公開するなど、必要な情報を積極的に提供しています。</p> <p>■毎年、支援学校主催の施設説明会に参加し、保護者に向けて、施設の紹介を行なっています。また、個別にも対応しており、見学や体験等の希望に対応しています。</p> |
| 31 | Ⅲ-1-(2)-② | <p>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。</p> <p style="text-align: right;">a</p> |
| | (コメント) | <p>■相談支援事業所や特別支援学校等と連携を図りながら、サービスの開始・変更にあたっての対応を行なっています。</p> <p>■「利用のしおり」や「1日の流れ」を用いてサービス開始時の説明を行なっていますが、写真や図、イラストなどを用いた、利用者や家族が理解しやすい内容となっています。</p> |
| 32 | Ⅲ-1-(2)-③ | <p>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。</p> <p style="text-align: right;">b</p> |
| | (コメント) | <p>■事業所変更等における継続性への配慮としては、最新のアセスメントシートや個別支援計画書によって情報提供しています。</p> <p>■事業所の変更においては、相談支援事業所等と連携しながら、移行先の見学には施設の担当職員も同行したり、移行後もアフターフォローとして本人と関わりを保っています。</p> <p>■今後は、事業所変更やサービス終了時の、サービス継続性に配慮した「手順」を定め、様式化した引継ぎ文書を作成すること、また、サービス終了後の相談方法や担当窓口を口答説明だけでなく、その内容を記載した文書を渡すなどの丁寧な取組が求められます。</p> |
| Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。 | | |
| 33 | Ⅲ-1-(3)-① | <p>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。</p> <p style="text-align: right;">a</p> |
| | (コメント) | <p>■利用者アンケートおよび嗜好調査を年1回行なっています。結果は、サービス向上委員会で統計的にまとめています。また、これらの結果に基づいて、送迎の工夫や、移動支援事業を開始するなどの具体的な改善に取り組んでいます。</p> <p>■給食会議には利用者が参画しており、栄養士や支援員等が日常的に利用者の声に耳を傾けています。また、就労系クラスでは月2回利用者自治会が開かれ、職員が側面的に支援し自治会記録を作成しています。</p> |
| 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 | <p>苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。</p> <p style="text-align: right;">b</p> |
| | (コメント) | <p>■苦情解決の仕組みが確立しており、苦情が出れば迅速に対応しています。</p> <p>■苦情内容に関する検討内容や検討策は、必ず、利用者や家族等にフィードバックしています。</p> <p>■今後は、利用者や家族等に配慮した上でその内容および解決策を施設内に掲示したり、ホームページ等に公表することによって、施設の苦情解決への取組姿勢を周知していくことが求められます。</p> |
| 35 | Ⅲ-1-(4)-② | <p>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。</p> <p style="text-align: right;">a</p> |
| | (コメント) | <p>■相談しやすい環境が整っており、利用者や家族等からの相談を受ける機会が多くなっています。</p> <p>■第三者委員も2名配置し、利用者にとって身近な存在になれるよう法人での大きな行事には案内状を送付するなどしています。コロナ禍のため、行事の中止や延期が相次いでいることもあり、第三者委員が直に利用者の声を聞く機会を持つことなどが期待されます。</p> |

| | | | |
|---|-----------|--|---|
| 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。 | b |
| | (コメント) | <ul style="list-style-type: none"> ■意見箱を施設内に複数設置しています。投函された意見に関しては、「みんなの声」として施設内に掲示し、その内容と解決策を明示しています。 ■今後は、相談や意見を受けた際の記録方法や報告の手順、対応策の検討の仕組みなどについて定めたマニュアルを整備していくことが望まれます。 | |
| 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。 | | | |
| 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"> ■リスクマネジメント体制が構築され、ヒヤリハットの収集を積極的に行なうよう全職員に周知しています。収集したヒヤリハットは、迅速に発生要因を分析し、再発防止策を検討しています。 ■今後は、ヒヤリハット等で立案した再発防止策の実施状況や実効性について、定期的に評価・見直しを行ない、記録に残していくことが求められます。 ■事故発生時の対応と安全確保についての責任、手順は、「緊急対応マニュアル」に明文化されていますが、「事故報告書」に定型様式がなく、記録内容にバラツキが生じているため、フォーマットの作成が必要です。 | |
| 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"> ■感染症に関するマニュアルは、行政機関が作成した「福祉施設等における感染症及び食中毒マニュアル」や「感染症マニュアル」を活用していますが、施設独自のマニュアルとして「施設衛生マニュアル」を整備し、これらに基づいた取組を行なっています。 ■感染症予防研修も定期的実施しており、また、給食委託会社の関連で食中毒・感染症予防対策についての研修も開催され、全職員への伝達研修も行なっています。 ■コロナ禍での取組として、職員・利用者は、毎日、健康チェックシートの記入や検温を行ない、施設内が密にならぬよう、ソーシャルディスタンスを保つためのマークを床に張るなど、わかりやすさにも努めています。 | |
| 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"> ■「危機管理マニュアル」や「非常災害マニュアル」に災害時の対応体制や備蓄の整備体制等について定めています。 ■ふれあいの里は「福祉避難所」に指定されており、被災時は法人として、災害の状況を把握し、福祉サービス提供を継続するために必要な計画を立てるなど、必要な対策を講じています。 ■防災計画をもとに、月1回の避難訓練や年2回の消防署立ち合いの消防総合訓練を実施しています。 ■職員・利用者の安否確認の方法も決められており、携帯電話アプリや民間会社の安否確認サービスを活用した緊急・災害時の連絡体制を構築しています。 | |

| | |
|--|-------------|
| | 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。 | a |
| | (コメント) | <ul style="list-style-type: none"> ■利用者支援に係る標準的な実施方法は「支援マニュアル」や「かがやきマニュアル」に明文化されており、利用者尊重・権利擁護に関わる姿勢を明示しています。 ■マニュアルに基づいて業務が実施されているかどうかの確認は、クラス会議や朝礼等で随時確認しています。 ■強度行動障がいのある利用者が多数、在籍していることから、「強度行動障がい支援手順書」を整備し、職員が統一した対応を取ることで、利用者が混乱しないよう配慮しています。 | |

| | | |
|---|--|---|
| 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) | <p>■標準的な実施方法の見直しを年度末に行なうなど仕組みは確立していますが、長年見直しや改訂がなされていないマニュアルも多数見受けられるため、すべてのマニュアルの見直し方法に関して、今一度検討していくことが求められます。</p> | |
| 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) | <p>■アセスメントには、支援員、心理士のほか看護師や理学療法士なども関わっています。 ■個別支援計画の作成の過程を記した「個別支援計画書類の作成方法」を整備し、緊急時の対応を含めた仕組みも用意され、円滑で一貫した取組みとなっています。 ■支援困難ケースへの対応も、本人・家族の思いを尊重しながら、医療機関との連携も図られ、利用者等に寄り添った安心して通所できる支援に努めています。</p> | |
| 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) | <p>■個別支援計画は、サービス種別に応じ、定期的に個別支援会議や支援員会議でモニタリング・評価を行ない、その内容は会議録に詳しく記載されています。 ■平素から個別のケース会議を増やすことで計画の進捗状況を職員一人ひとりが意識し、日々のサービスに反映しながら評価・検討を重ね、計画の達成に向けた取り組みがなされています。</p> | |
| 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) | <p>■利用者への福祉サービス実施状況の記録は、業務日誌やクラス日誌において、利用者の心身状況・生活状況が記録され、職員間での共有が行なわれています。 ■記録内容に差異が生じることのないよう要点をまとめた『記録の注意点』を作成し、職員への教育・指導に注力しています。 ■導入間もない支援ソフトによる業務のいっそうの効率化と支援記録等の共有化が、今後さらに期待されます。</p> | |
| 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) | <p>■個人情報保護についての意識強化や、個人情報管理規程に基づく記録の管理について、年に1度、職員研修を実施しています。職員は『情報取り扱いの心得（セキュリティカード）』を所持しており、個人情報の取り扱いについて理解し遵守しています。 ■契約時や年1回の家族会の際に、利用者や家族に対して、個人情報の取扱いに関する説明をしています。 ■法人の「処務規定」に利用者の記録の保管・保存等に関する規定が定められていますが、現場に即したより具体的な文書管理ルールが明文化が期待されます。</p> | |

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) | <p>■障害者権利条約で謳われている合理的配慮を理解し、個別支援やさまざまな取組を通じて、その具体化に努めています。近時では、コロナ感染の予防パネルの設置や「作業指示書」の視覚化などの事例があります。</p> <p>■利用者の主体的な活動として朝の朝礼や利用者自治会の取組みがあります。自治会では『みんなのルール』がつくられ、日常的に利用者と話し合う機会を設けてルールが決められています。</p> | |
| 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) | <p>■虐待防止対応規定や虐待防止マニュアル、障がい者虐待通報マニュアルを整備し、利用者の権利侵害防止への取組みを徹底しています。</p> <p>■『虐待防止・権利擁護委員会』を設け、虐待防止マニュアル等の理解を深める勉強会を定期的に行なっています。また、全職員が虐待的な行為の早期発見チェックやセルフチェックを行なうことで権利侵害の防止に努めています。</p> | |
| 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) | <p>■利用者一人ひとりの自律・自立の形を理解し、日々、その人らしい暮らしができるよう支援を行なっています。</p> <p>■生活の活動範囲を広げるため、交通機関の利用や金銭の自主的な管理ができるための訓練等を行なうことで、生活全般の自己管理ができるよう支援しています。</p> <p>■必要に応じて、相談支援事業所と連携しながら、行政手続きや居宅介護・短期入所等の福祉サービス利用を支援しています。</p> | |
| 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) | <p>■利用者の状況に応じたコミュニケーション手段を確保するよう努めており、言語的なものだけでなく、写真やカード、タブレット等を使用しながら意思や感情のスムーズな交換・交流を図っています。</p> <p>■サービス担当者会議等で支援者間の情報共有を図り、声かけやジェスチャー等の統一を進めるなど、相互理解の促進に努めています。</p> <p>■就労系サービス利用者を対象にコミュニケーション能力等を高めるためのSST(社会生活スキル訓練)を取り入れています。</p> | |
| 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) | <p>■利用者の声を聞く姿勢を大切にしており、利用者が職員に伝えたいことを話せる機会を個別に設けています。</p> <p>■職員が日常の支援の中で把握した相談内容等は、関係職員によって共有・理解し、対応のあり方についての検討を行なっています。</p> | |

| | | |
|---------------------|--|---|
| 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) | <p>■日中活動について、利用者のニーズや希望により選択し参加できるように、活動内容の多様化を図っています。陶芸やパソコン解体の軽作業等のみならず、エアロバイクの利用や散歩など、利用者に応じたプログラムを立て、参加を促しています。</p> <p>■行事や余暇等の情報を提供し、希望者には、移動支援サービス利用の調整なども行なっています。</p> | |
| 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) | <p>■強度行動障がいや自閉症スペクトラム等の利用者には、不必要な刺激を遠ざけ、集中しやすい環境を用意する（構造化）取組みを積極的に取入れています。</p> <p>■適切な利用者支援ができるよう毎年、強度行動障がい支援者養成研修に参加し、利用者の状態に応じた無理のない活動スケジュールの作成や自発的コミュニケーション支援の取組みを充実させ、見通しがもてる環境づくりへの努力を重ねています。</p> | |
| 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) | <p>■食事は栄養士が中心となり、給食会議や嗜好調査を行ないながら、利用者の意向を尊重した献立となっています。また、毎月、給食だよりを発行し、季節ならではの食材や行事に因んだ食事などが紹介されています。</p> <p>■現在、入浴支援は行なわれていませんが、施設内にはシャワー室があり、必要に応じて利用することが可能です。また、生活介護のプログラムの個別支援として、足浴を実施しています。</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。 | a |
| (コメント) | <p>■快適に過ごせるよう床暖房やセラピーマットを設置したり、パーソナルスペースを確保するなど、利用者の特性に配慮した生活環境を整えています。</p> <p>■就労系のクラスでは、作業に合わせ、昇降式テーブルを導入するなど、安全・健康面に配慮した環境づくりに努めています。また、生活介護のクラスでは、刺激や変化を少なくする工夫により、心身の安定を図ったうえで活動に導いています。また、調子を崩した時には、集団と離れて落ち着ける場所を提供しています。</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>■理学療法士が、主治医からの診療情報提供書を基にリハビリ計画を立て、それに沿った機能訓練・生活訓練を行なっています。</p> <p>■利用者自身が意欲的に訓練に取り組めるよう、本人の希望を聞き、目標と一緒に考え、日常生活の中で無理なく訓練ができるよう工夫しています。</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) | <p>■毎日「健康管理チェックシート」を記入することで、利用者の健康状態の把握に努めています。また、コロナ対策として、日中にも複数回検温を実施するなど体調の変化を早期に把握し、迅速に対応できるよう努めています。</p> <p>■看護師が日々機能するほか、内科医や精神科医、整形外科医、歯科医の定期的な訪問もあって、健康に関する相談ができる体制を整えています。</p> | |

| | | | |
|--------------------------|-----------|---|-------------|
| 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) | <ul style="list-style-type: none"> ■医療的な支援の取組みについての考え方が示されており、導尿補助や排便管理、血糖測定・インスリン注射など、施設として可能な最大限の支援に努めています。 ■てんかんや高次脳機能障がいの利用者が多数在籍しているため、研修を実施して疾病の理解を深めながら、医師の指示に基づいての支援を行なっています。 ■今後は、現在ある「服薬管理マニュアル」など、医療面のマニュアルを集約・整理することが期待されます。 | |
| 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) | <ul style="list-style-type: none"> ■園外活動、体験学習、マナー講習会等を実施し、一人ひとりの状況に応じた社会参加や学習の機会と場を提供しています。 ■利用者の意向・希望に応じられるよう、園外活動の内容を利用者や家族にアンケートを取ったり、聞き取りを行なうことで、ニーズに応じた企画を立てることができています。 | |
| 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。 | — |
| | (コメント) | 非該当 | |
| 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) | <ul style="list-style-type: none"> ■家族との連携・交流を大切にしており、日常的な連絡ノートでの情報共有や、個別支援計画面談等の機会において、必要な連携を図っています。 ■家族会があり、総会等には担当職員が出席し、園からの情報提供と家族からの意見などを聞く場となっています。家族会で出された意見や要望は、サービス向上委員会などで早期に検討し、サービスの改善に繋げています。 | |
| | | | 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。 | a |
| | (コメント) | <ul style="list-style-type: none"> ■利用者の働く力や可能性を尊重した就労支援に努め、就労に関するさまざまな情報を提供したり、履歴書の書き方や模擬面接の実施など、総合的なカリキュラムを立て実践しています。 ■個別支援計画に基づき、利用者の能力に応じた職場体験実習等を積極的に行なっています。 | |

| | | | |
|----|-----------|--|---|
| 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。 | a |
| | (コメント) | <ul style="list-style-type: none"> ■工賃向上について目標を立て、多様な作業資源確保に腐心しつつ、各々の特性に見合った作業内容を提供しています。 ■適切に休憩時間を確保したり、廃プラスチック選別作業では作業服や安全靴等が貸与されるほか、手袋や防護眼鏡・エプロン・アームカバーなど、それぞれの仕事内容に配慮した労働安全衛生上の準備がなされています。 | |
| 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。 | a |
| | (コメント) | <ul style="list-style-type: none"> ■ハローワークや障がい者就業・生活支援センター、能力開発センター等の関係機関と積極的に連携することで、円滑な就職活動に繋げています。 ■就労継続のためのきめ細やかな職場定着支援にも取組んでおり、就労先の企業等に「合理的配慮」を促す働きかけなども行なっています。 | |

利用者への聞き取り等の結果

調査の概要

| | |
|--------|---|
| 調査対象者 | |
| 調査対象者数 | 人 |
| 調査方法 | |

利用者への聞き取り等の結果（概要）

| |
|--|
| |
|--|

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 |