

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 | だんでらいおん居宅介護事業所 | |
| 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 | 行動援護 | |
| 代表者氏名 | 理事長 廣瀬 重治 施設長 栗根 亮 | |
| 定員（利用人数） | 40 名 | |
| 事業所所在地 | 〒 546-0022 大阪府大阪市東住吉区住道矢田6丁目5番27号 | |
| 電話番号 | 06 - 6797 - 9915 | |
| FAX番号 | 06 - 6797 - 8110 | |
| ホームページアドレス | http://www.dandelions.jp/ | |
| 電子メールアドレス | dandelion@w2.dion.ne.jp | |
| 事業開始年月日 | 平成24年4月1日 | |
| 職員・従業員数※ | 正規 3 名 | 非正規 28 名 |
| 専門職員※ | 強度行動障がい（基礎・実践）7人 行動援護従事者養成研修修了者24人 介護福祉士12人 社会福祉士3人 精神保健福祉士1人 | |
| 施設・設備の概要※ | [居室] 相談室1 | |
| | [設備等] スプリンクラー・煙感知器 | |

※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】

基本理念

特定非営利活動法人だんでらいおんは、障がいの種別、程度、年齢を問わず、人としての尊厳を守り、個々人の人権を最大限に保障することを原則として、次の点を基本理念として運営します。

- どのような障がいをもとうとも、人として当たり前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。
- 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。
- 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ージメントを行い、生活の質を高める支援に努力します。
- 障がいをもつ方の生活を確実に保障するために、地域の他施設や社会資源と連携し、障がいをも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。
- 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。
- 以上の理念を遂行するために、財政基盤の確立と職員の資質向上を図ります。

【施設・事業所の特徴的な取組】

- 当法人は重度の障がい者が利用できる生活介護、共同生活援助、短期入所事業、相談支援事業があり、利用者が地域で安全で、安心して暮らしていける環境を提供しています
- 重度の障がい者が安全・安心して外出ができる行動援護で外出の支援をされています。利用者の情報を行動援護の職員で共有されており、利用者に応じた対応をしています。

【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2年5月1日～令和2年12月23日 |
| 評価決定年月日 | 令和2年12月23日 |
| 評価調査者（役割） | 1801B007（運営管理・専門職委員） 1701B016（運営管理委員） 1701B019（運営管理委員） （ ） （ ） |

【総評】

◆評価機関総合コメント

■特定非営利活動法人「だんてらいおん」は、成人期を迎えた知的障がい者の親が「親なき後、子が安心して暮らせる施設作り」を理念に掲げ、平成17年3月に発足しました。
■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、それぞれに必要なその人に合った支援などのサービスを提供しています。
■職員の資格取得にあたり手厚いキャリアアップ支援制度があり職員の成長を促す職員研修が充実しています。
■地域支援事業として、大阪コミュニティ財団の助成事業を受け、地域の方が福祉や年金のことを何でも電話相談できる「なんでも相談」や「福祉教育講座」「市民講座」など地域に根差した活動をしています。

◆特に評価の高い点

■行動援護のヘルパーは、主に行動援護資格のある常勤職員です。月間でも会議が開かれ利用者の情報も共有化しており、安全・安心できめ細かい対応がなされています。
■職員の有給休暇はほぼ消化するようにされており、また40歳以上の職員に人間ドッグの全面補助もあり、働きやすい職場であります。
■「家族の会」があり月1回会議があり、利用者の声が事業者へ届いています。

◆改善を求められる点

■「利用者の会」の発足を目標とされていますが、現状未発足です。利用者の声を聴いていくためにも、早期に実現することを期待しています。
■行動援護の位置づけが常勤職員の副業としての位置づけです。労働基準法の範囲内であるが、働きやすい職場としてできるだけ労働時間に業務をしていく努力が望まれます。

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者評価を受けて、当法人の強みというものを改めて知ることが出来ました。キャリアアップ支援制度により行動援護資格を保有する職員が年々増えており、他事業所においても専門性を発揮していると思います。
ご指摘にあった常勤職員の副業としてのサービス提供時間数が大半を占めている点については、今後は居宅の専従職員や居宅と他事業所の兼任職員の割合を増やし、勤務内でのサービス提供を積極的に行なっていき、また、常勤職員の生活の一助としても副業の存在は重要なので、過重労働にならないようバランスを取りながら、健全な運営を行なっていきたいと考えています。

◆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。 | | |
| 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。 | b |
| | (コメント) 理念、基本方針とも確立されており、職員及び家族への周知もはかられています。見直しも適切に行われています。今後は、利用者への周知についての努力を期待します。 | |
| | | 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。 | | |
| 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) 業界団体や地区自立支援協議会への参加また、業界新聞などを通して直近の情勢を把握し定期及び随時の会議において分析及び共有化されています。 | |
| 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) 情勢の把握・分析を通してその時々各事業の課題を明確にして、定期及び随時の会議において収入増に向けてなど経営の改善に取り組まれています。各会議等において経営課題の共有化についても努力されています。 | |
| | | 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。 | a |
| | (コメント) 中・長期的な計画を策定されています。特に利用者の高齢化への対応や社会福祉法人格の取得を視野に入れています。今後は、待機者解消に向けての計画等が望まれます。 | |
| 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。 | a |
| | (コメント) 中・長期計画を踏まえてて収支バランスや事業計画の具体化など単年度の計画を詳細に策定されています。実施状況についても、理事会を始め随時確認されています。 | |
| 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) 事業計画は職員の意見を反映して策定され、年度毎に評価、見直しが行われ更新されています。職員へは常勤、非常勤ともに職員会議や個別の研修で理解に努められています。 | |

| | | | |
|---|-----------|--|---|
| 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。 | c |
| | (コメント) | 事業計画は家族に対しては報告・説明される等の努力の跡が見られますが、利用者については説明の機会が持てていません。今後の努力を期待します。 | |

| | | | 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。 | | | |
| 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) | 福祉サービスの質の向上に向けた取り組みに対する意欲が感じられます。第三者評価も積極的に受けられています。自己評価、内部監査とも行われていますが、内部監査などの基準と結果が明文化されていません。今後の改善を望みます。 | |
| 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) | 評価結果に基づき各種会議などで評価結果の共有化を行っています。それらの課題の改善にも取り組んでいますが、評価の分析や結果、改善策については明文化されていません。今後の改善を望みます。 | |

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。 | b |
| | (コメント) | 管理者は、自らの役割と責任を明確にして意識して職務にあたっています。不在時及び有事の際の責任分担と権限が明確になっていません。今後、検討、補強する事を望みます。 | |
| 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) | 遵守すべき法令等を理解するための研修を定期的に行い理解に努めています。必要に応じて社会保険労務士や税理士などの相談体制もとっています。 | |
| Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。 | | | |
| 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) | 職員の資格取得や研修の受講を積極的に促し、キャリアアップのための課題を明らかにしています。年に2回の職員との懇談の中で福祉サービスの質の向上を目指し評価・分析・改善をおこなっています。家族・職員などの意見も積極的に聞き事業に反映させようとする姿勢が見られます。 | |
| 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) | 職員を法人の努力で加配している事や、事業の細分化を図り、利用者へより対応しやすい体制にするなどの配慮をしています。収入増に対しても各種加算が取れる様に手立てを行うための指導力も発揮しています。職員の有給休暇取得は100%を目指し、就業中の休憩状況の把握に対しても指導力を発揮しています。 | |

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) | スーパービジョン体制を明確にして、職員へのキャリアアップ支援や研修への参加の促進に積極的に取り組んでいる姿勢が見られます。管理職から各職員の状況把握を行う姿勢も見られます。人材確保に対しても努力している事は伺われますが今後、明文化された方針と体制が求められます。 | |
| 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) | 倫理綱領及び職員行動指針を明確にしています。職員個人の到達目標を明確にして職務に関して評価されています。給与等についても給与表または、評価基準に基づき評価されています。 | |

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。 | b |
| | (コメント) | 勤怠状況も把握されており、有給休暇は100%の取得を目指し、休憩状況も表などで管理されています。年に2回は職員との懇談の機会を持って意向を把握しようとしています。40歳以上の職員と管理職に対しては、人間ドック受診の費用負担を行っており職員の健康管理にも配慮されています。ただ、他業務との兼業で時間外労働や休日出勤が常態化されています。改善される事を望みます。 | |

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。 | a |
| | (コメント) | 常勤職員については、評価表に基づき年に2回点検の機会を持ち資格の取得状況や技術水準を確認しています。育成に向けて職員を指導・バックアップする体制も策定されています。 | |
| 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。 | a |
| | (コメント) | 倫理綱領と職員行動指針が明確化され職員に共有化されており、計画的に教育・研修が行われています。キャリアパスにおいて、それに基づいた役割に求められる資格や技量を明確にしています。職員が、内部及び外部研修や資格取得や研修などにも積極的に参加できる状況をつくっています。今後は、目標に対して職員毎の達成状況の把握が必要かと思われます。 | |
| 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) | 法人として積極的な職員教育や研修参加、資格取得への意欲が感じられます。職員の知識、技能、資格取得等の課題も明確にしています。外部研修については、時間の保障や研修などの費用負担を行うなどの配慮がされています。 | |

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。 | a |
| | (コメント) | 業務マニュアル集の中に、介護福祉士及び社会福祉士実習指導マニュアルを明文化して積極的に実習生を受け入れています。また、近隣の学校などとも連携を図り実習生を受け入れる体制を取っています。今後は、介護福祉士及び社会福祉士実習指導マニュアル以外の汎用性のあるマニュアルを策定される事を望みます。 | |

| | | 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。 | | |
| 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) | ホームページや広報紙において事業内容や事業計画、予算決算、第三者評価の受審評価等を公開されています。今後は、苦情の内容や相談内容とその改善・対応状況、苦情受付体制、相談体制などの公開が求められます。 | |
| 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。 | b |
| (コメント) | 経理及び取引等については、経理規定に基づき適切に行われており、職員にも周知されています。顧問契約をされている社会保険労務士や税理士からも適時相談を受けられる体制も整えられています。内部監査も実施されていますが、今後は内部監査の内容、問題点などの指摘事項と改善点などの記録が必要と思われます。 | |

| | | 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。 | b |
| (コメント) | 職員行動指針において、地域との関わり方についての基本的な考え方を示しています。公園の清掃活動に取り組んでいたり、事業所内のスペースを町会の拠点として提供しています。他施設のイベントに参加したり、他団体と共催で総合福祉セミナーを開催し福祉への理解を広げています。今後は、利用者に対しての社会資源利用の促進の推奨を期待します。 | |
| 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) | ボランティアの受け入れマニュアル及び受け入れ規定を策定して基本姿勢について明文化しています。受け入れに際しては、事前の説明も行われています。今後は、事業計画の中で方針として明文化される事を望みます。 | |
| 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。 | b |
| (コメント) | 大阪府社会福祉協議会や地域の自立支援協議会などと積極的に連携を図っています。自立支援協議会の中で提起された課題に対しても解決に向けた提案、取り組みも行われています。今後は、関係機関、社会資源のリスト及び資料の作成と職員間での共有化が求められます。 | |
| 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) | 地域住民との交流に対して意欲が感じ取れます。事業所の活動スペースを町会の拠点として提供しています。他団体と共同して福祉セミナー等を開催しています。介護者対応型避難所として事業所を利用してもらうために食料の備蓄、発電機、スポットクーラーを設置しています。 | |

| | | | |
|----|------------|---|---|
| 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) | 大阪コミュニティー財団事業の一環として障がい者何でも相談を行い、24時間365日対応する様にしています。 総合福祉セミナー以外にも、地域や公園の清掃にも取り組み、スポーツ企画講座やパン作り教室の開催にも工夫して取り組んでいます。 地域の自立支援協議会を通じて地域の話題や福祉ニーズの把握に努めています。 | |

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。 | | | |
| 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。 | b |
| | (コメント) | 倫理綱領の職員全員の配布、理念に基づいた実践を職員全員が意識し、働いています。また利用者を尊重した福祉サービスの提供もおこなっています。定期的に家族会等を開催していますが、利用者・家族アンケート等の定期的な実施を期待します。 | |
| 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。 | b |
| | (コメント) | プライバシー保護、虐待防止マニュアルを整備するとともに、弁護士を招いての学習会をおこない、職員への周知徹底が図られていました。また、苦情や虐待事案発生時のタイムチャートも整備されていました。今後は、苦情や虐待事案にどのように対応し、どのような解決に至ったのかを記す書式の見直しと、利用者に対するのプライバシーや権利意識の拡大につながる取り組みを期待します。 | |
| 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) | 事業所情報を支援学校、行政機関等幅広く提供されています。パンフレットも写真を多く使用し、目で見てわかるものへの工夫が見られます。今後も新たな事業展開とともにパンフレットの更新を期待いたします。 | |
| 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) | 重要事項説明書にはルビが貼ってあった、音声信号付の書式を用意するなど障がいに応じて柔軟な対応をされています。また所属班の事業内容についても写真や絵カードなどを用い、重度の人たちへの細やかな配慮が感じられました。 | |
| 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) | 他事業所の移籍に関しても所定の引継ぎ文章が用意され、状況に応じての細やかな対応をされています。また移籍後も相談できる関係の持続に取り組まれています。 | |
| 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。 | b |
| | (コメント) | 定期的な家族会等意見交換や情報の共有化を積極的に取り組まれました。またモニタリング等の訪問聞き取り時に満足度・充足度についての確認をされています。今後は、家族会等に参加できないご家族へのアンケートなどの取り組みを期待いたします。 | |

| | | |
|---|---|---|
| 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) 苦情解決の体制の整備をおこない、契約時の説明や発生時からの対応も迅速に組織的に対応をされています。今後は第三者委員の複数化、第三者委員会の会議録を残されることを期待します。 | |
| 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。 | b |
| | (コメント) いつでも相談に応じられるように相談室を設けられています。今後は相談しやすい環境と相談に関するわかりやすい文章の配布等を期待します。 | |
| 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。 | b |
| | (コメント) 相談の対応マニュアルやタイムチャートの整備はされ、年に1回の見直しもされています。今後は、利用者のみならずご家族からの意見が職員がいなくとも、意見表明できる意見箱設置を期待いたします。 | |
| 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) 苦情事故 ヒヤリハットの報告・検証は職員会議で共有認識を深め、再発防止に努められていますが、過去の事故内容や件数についてのまとまった形での検証・経過についての振り返りの取組を検討を期待します。 | |
| 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) 感染症予防マニュアルの整備もされています。ノロウイルス等食中毒に関しても栄養士を中心に細心の注意を払っての事業を展開されています。 | |
| 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。 | b |
| | (コメント) 業務マニュアルに地震、火災等についてのタイムチャートを作成し、職員に周知徹底するとともに、年3回の避難訓練を実施されています。また、年2回の防災点検を実施し、災害対策用備蓄品も整備されていますが、点検マニュアル等の整備を行い、避難経路や事務器具等の転倒防止策の検討を期待します。今後は大和川の氾濫を視野に入れた防災対策の検討も必要かと思えます。 | |

| | | 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) 事業所独自のアセスメントシートの作成されており、利用者個人への支援マニュアルも必要に応じて作成されています。作成された資料は職員間で共有認識を行うとともに必要に応じて変更・加筆等おこなわれていました。 | |
| 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。 | a |
| | (コメント) 年2回の検討を行うとともに、個別支援計画については、できるだけ利用者が参加できるような工夫を行い、家族の意見も反映されるように努力されています。 | |

| | | |
|---|---|---|
| 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) | 個別支援計画の作成に関しては施設独自のアセスメントシートを基礎に所属班以外での職員も複数交え、利用者。家族との懇談を行い作成されていました。また、作成された個別支援計画実施にあたり、ケース記録、日誌、支援手順等での確認が行われていました。 | |
| 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) | 6か月に1回の見直しを行うとともに、検討会議の参加者メンバーの記載もされていました。パスワード管理のもとPCでのデータ保存もされており、ケア会議等の記録もされています。 | |
| 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) | 事業所独自で作成したアセスメントシートでの身体状況、生活状況等細やかな記録が残り、定期的な見直しもされています。また、関係職員間で共有されており、関係職員での閲覧等の状況も管理者が把握できるような工夫もされていました。 | |
| 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。 | b |
| (コメント) | 個人情報保護規定等により、利用者の記録、保管、保存に関しては徹底されましたが、廃棄に関する規定の定めはなく、多くの文書保管に苦慮されていました。今後の事業展開を考慮し、保存期間の明確化（規定）と廃棄文書の整理が望まれます。 | |

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) | 行動援護での行先などについては、家族と電話でやり取りをして、希望先などを随時聞いています。外出先の昼食では、事前に利用者に食事内容を写真などで見ていただき食べたいものを選んでいただく工夫をしています。また、月間で定期的に行動援護の職員と上司によるガイドについて振り返りの個別会議をしています。 | |
| 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) | 虐待防止については、外部の研修に参加してその内容を職員会議で話し合いを行い職員で共有しています。そして、第三者委員との会議で虐待防止について、相談などを常に行っています。また、権利侵害の防止などについては利用者の家族にも周知しています。 | |
| 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) | 利用者の支援にあたっては、アセスメントの評価をして、家族に支援内容について十分にお話してそれを個別支援計画に反映させています。そして、各々の利用者の支援については職員内で共有化しており、職員が過度に支援しないよう心掛けています。また、利用者の自律・自立生活の動機付けとして、利用者がしたことに対して職員が評価の声掛けをするなどの対応を大事にしています。 | |
| 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) | 利用者にあったコミュニケーションをとっています。写真、携帯のアプリを利用して、行先の確認をしたり、昼食の食べ物を選んでいきます。利用者の表情や全体の雰囲気などを大切に支援をしています。 | |

| | | | |
|-------------------|-----------|--|---|
| 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) | 利用者のその日の外出の予定が手順書として、細かく記入されており、利用者の意思を尊重するよう配慮されています。天候や計画時間の制約で、行先変更する場合に利用者にとどのように伝えるかその人に応じてのきめ細かい対応策を決められており、職員で共有しています。また、月間で定期的に行動援護の職員と上司によるガイドについて振り返りの個別会議をしています。 | |
| 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) | 家族とアセスメントシートにもとづく話し合いで作成した個別支援計画があり、それらをもとに、利用者の希望を聞いたり、本人の生活の幅が広がる行先を提案したりします。外出スケジュールは家族や利用者の外出希望日と行動援護職員の勤務希望日とを調整して、最終月間スケジュールを立案しています。また、必要な利用者には健康のため運動を増やす計画として日々の散歩をスケジュール化しています。 | |
| 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) | 月間で、行動援護の職員と上司が外出支援の内容について話し合う会議が持たれており、その中で利用者の障がい状況に応じた適切な支援について話し合っています。その会議議事録を職員が見て、職員同士で共有化してより各々の利用者に対して良い支援を行えるようにしています。 | |
| 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) | 利用者の外出時には、各々の利用者の個別支援計画にもとづく業務手順書に支援の詳細及び注意点が書かれており、行動援護の職員はそれを確認して利用者個別に最適な支援を行っています。例えば、エスカレーターが苦手な利用者には階段を選んだり、昼食の際おかずに刻みが必要な利用者にはそのような内容にして提供します。また、転倒の恐れがある利用者については、転倒しないような支援を常に工夫しています。 | |
| 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) | コロナ禍においても、外出時に安全・安心して行うために訪問先には公共交通機関を利用せずに移動したりしています。また、昼食は店で食べず、テイクアウトを利用して、利用者の感染防止に努めています。コロナ禍前には、電車に乗る際は混雑しておれば、電車を1本遅らしたり、車内の座席もできるだけ落ち着いて過ごせるよう乗車客のいない席に誘導するなど配慮されています。 | |
| 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) | 必要な利用者には医師の指示のもと、外出の歩行時に良い姿勢の保持ができるような工夫をしています。行動援護の利用者で法人の生活介護、グループホームを利用している場合は、直近の情報を交換して活用しています。運動量を高めたい利用者にはハイキングやアミティ舞洲の運動機器を利用して体力づくりをおこなっています。また、グループホームに入居している利用者には、夕方周辺の散歩を行っています。 | |

| | | | |
|--------------------------|-----------|--|------|
| 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。 | b |
| | (コメント) | 今年度より利用者に歩数計を取り入れ、日々の運動量の把握に努めています。外出前で体調の良くない方には、外出せずに部屋で休息したり、外出しても利用者の表情を見ながらこまめに休息を取り入れたりしています。月間の会議で外出支援の振り返りをしており、利用者の健康状態については行動援護の職員で適切に共有しています。 | |
| 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。 | b |
| | (コメント) | 医師の指示のもと必要な利用者には手順書により薬の副作用に注意して対応しています。慢性疾患のある利用者には医師の指示のもと、手順書により注意点を個別対応しています。何か事故等があった時の対応も事故マニュアルはありますが、定期的に見直しが必要と思われます。 | |
| 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) | 家族や利用者との対話で行先の希望や意向を聴き取り、月間スケジュールや手順書に反映して社会参加や学習のための支援を行っています。具体的には、ものづくり体験や福祉イベントなどを家族や利用者に案内して、希望のものに参加しています。 | |
| 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。 | b |
| | (コメント) | 利用者の家族との懇談や月1回の家族会の会議などで把握に努めています。生活介護の待機者や行動援護の待機者が少数ながらいいますので待機者ゼロを目指して法人としての取り組みを願います。地域生活の支援を相談事業所などと調整・連携することを期待します。 | |
| 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。 | b |
| | (コメント) | 家族の思いと利用者の思いが違う場合にどのように調整して、支援につなげていくか工夫が必要と思われます。また、行動援護は、利用者の家族のレスパイトの手段ともなっていますので、ご自宅に送り迎えする際、家族の悩み事など積極的に相談にのっていかれることを期待します。 | |
| | | | 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 | 行動援護の利用者の保護者 |
| 調査対象者数 | 13人 |
| 調査方法 | 行動援護を利用している方の保護者12名を対象にアンケート調査実施。調査票は保護会議で配布し、欠席者には施設から配布してもらった。回収は、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13名中12名の返送がありましたので、回答率92.3%

満足度が高い項目

(1) 「この事業ではご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と思いますか。」が、13名中12名が「はい」と回答

(2) 「他人に知られたくない秘密を守るなど、あなたのプライバシーは守られていますか。」が、13名中11名が「はい」と回答

(3) 「食事は、おいしく、楽しく、ゆったりと食べることができますか。」が、13名中11名が「はい」と回答

満足度が低い項目

◎ 全項目で「いいえ」の回答は無かった。

◎ 項目の内「はい」が一番少ないのが

「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ますか。」で、13名中8名だけが「はい」と回答

文章記述による回答

改善してほしいところ

○ 休憩場所などあらかじめ考えてほしい。服装を気候に合わせて整えてほしい。

優れている点や特徴

○ 外出の行先は本人の希望を考慮して考えてくれています。また、連絡を密にいただいたり、安心感があります。

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 |