

## 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	守口市立わかたけ園	
運営法人名称	社会福祉法人 守口市社会福祉協議会	
福祉サービスの種別	生活介護・自立訓練（生活訓練）	
代表者氏名	園長 梶 健三	
定員（利用人数）	50 名 （51名）	
事業所所在地	〒 570-0032 大阪府守口市菊水通2-8-17	
電話番号	06 - 6997 - 4748	
FAX番号	06 - 6997 - 4745	
ホームページアドレス	<a href="https://www.moriguchishi-syakyo.com/">https://www.moriguchishi-syakyo.com/</a>	
電子メールアドレス	<a href="mailto:wakatake@galaxy.ocn.ne.jp">wakatake@galaxy.ocn.ne.jp</a>	
事業開始年月日	昭和57年4月1日	
職員・従業員数※	正規 6 名	非正規 16 名
専門職員※	社会福祉士6名 介護福祉士7名 看護師1名 精神保健福祉士3名 認定調査員15名 認定と規定行為業務従事者8名 相談支援員7名 介護支援専門員1名 ヘルパー2級2名 保育士2名 同行援護2名 行動援護1名 強度行動障がい基礎3名 実践2名 社会福祉主事1名 移動支援従事者研修2名	
施設・設備の概要※	[居室] 事務室、施設長室、相談室、医務室、食堂、陶芸室、多目的室2 更衣室 [設備等] 男子トイレ、女子トイレ、シャワー室、倉庫	

※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 28 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】

### 【理念】

みんなで参加、誰もが安心して暮らせるもりぐちのまちづくり

### 【基本方針】

1. 利用者のかかえる生活上の困難、課題を明らかにし解決のための支援を行うことを目的とします。
2. 障がいのある人の権利を擁護し、利用者の意思及び人格を尊重し、利用者本位で、利用者の立場にたった支援を行います。
3. 地域との結びつきを重視した運営を行い、家庭をはじめ、近隣、保健・医療、福祉機関、福祉サービス事業者などと連携に努めます。

## 【施設・事業所の特徴的な取組】

- ・生活介護、自立訓練の多機能型事業所で、重度・重複障がい者を積極的に受け入れており、療育手帳の総合判断A（重度）の利用者が86%を占めています。また、医療的ケアが必要な利用者のために医療機関とも連携しています。
- ・利用者、ご家族との日常的なコミュニケーションを大切にしています。利用者との何気ない話や表情、振る舞いなどからも「思い」を汲み取り、安心して満足いただけるよう職員一同で支援に取り組んでいます。
- ・利用者の幅広いニーズに合わせた取組を行っています。生活介護は軽作業、創作活動（手織り、色塗り、陶芸等）、運動（体操、ダンス、散歩、3B体操等）、余暇活動（ゲーム、音楽・映画鑑賞、カラオケ、ドライブ、調理、パソコン）また社会資源（温水プール、図書館、コミュニティセンター、野外活動センター、ショッピングセンター等）も活用し、社会への参加する機会も設けています。

## 【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3年5月10日～令和3年5月27日
評価決定年月日	令和3年5月31日
評価調査者（役割）	1801B001（専門職委員） 1801B037（運営管理委員） 2001B018（専門職委員） （ ） （ ）

## 【総評】

### ◆評価機関総合コメント

「守口市立わかたけ園」は、守口市社会福祉協議会の運営で、重度の障がいのある利用者や医療的ケアが必要な利用者を受け入れ、利用者のかかえる生活上の困難や課題解決のための支援に取り組んでいます。

事業所は近所にショッピングセンターがある一方、自然豊かな公園もあり、地域との交流や散歩に適した環境にあります。また、地域の支援学校や看護学校、スポーツセンターなどとも交流があり、地域密着型の事業所となっています。

昭和57年開設の歴史のある施設で、利用者の重度化、高齢化と、施設の老朽化が大きな課題となっていました。令和5年に施設の新規開設が決定しています。

### ◆特に評価の高い点

#### ●社会的使命を果たしている。

他の事業所が対応が困難なケースや医療的ケアが必要なケースにも対応し、専門的な知識を持つ職員を充実させて支援にあたっています。また、看護実習生の受け入れ、地域のイベントへの参加、中学校での講義など、地域への積極的な関わりを通して、利用者との橋渡しも行っています。

また、医療的ケアが必要な利用者が多いことから、喀痰吸引のできる介護職を配置したり、内科検診、精神科検診、歯科検診が定期的に行われるなどの医療的ケアの体制も充実しています。

#### ●職員間の情報共有、連携ができています。

職務分掌が明確に規程され、管理者を中心に職員が担当業務を自覚し、様々な会議体や研修を通じて利用者の支援に関する情報の共有、連携ができています。

日々の終礼を有効に活用し、日々起こったことの検討、改善が行われています。また、システムの導入により、文書の回覧は全員がPC上で同時に行っており、職員間の情報の伝達、周知の徹底が行われています。

#### ●日中活動が充実している。

利用者の意思・自己決定の尊重の観点から、日中活動は強制的に単一のことをしてもらうのではなく、多くの活動の中から利用者が選べるようにし、利用者ごとのスケジュールを組んでいます。

#### ●中長期計画が作成され、単年度計画への落とし込みもできている。

令和5年度の新規事業所の開設に向けて、中長期の事業計画、収支計画が立案され、5年単位での一人一人の職員育成計画も定められています。年度ごとの重点項目も定められて、計画的な人材育成と運営が行われています。

#### ◆改善を求められる点

##### ●事業計画の職員への説明

職員間の情報共有化はできていますが、事業計画の説明は口頭で行われ、文書の発行は行われていないため、文書での丁寧な説明があればより良いものと考えます。一方で、利用者や利用者の家族には、文書により丁寧な説明が行われていました。

##### ●施設の老朽化への対応

施設の老朽化と、利用者の高齢化、重度化が重なっており、清潔は保たれているものの、使い勝手の悪い部分が出てきています。

#### ◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回、客観的な視点で、本園の取り組みの姿勢や具体的な支援内容について評価していただき、ありがとうございました。

管理運営に関わることや支援の内容まで幅広く、具体的なコメントをいただいています。十分な取り組みができていると評価されたことは心強く今後の励みになりました。一方で、さらなる改善が必要な点も明らかになったため、評価を真摯に受け止め改善して参りたいと考えております。

今後も高い評価をいただいた項目については、質の維持向上に努めて参ります。さらなる改善が必要と評価された点に関しては速やかに取り組み、利用者や家族、職員、地域住民の皆様が安心安全に過ごしていただけるよう努めて参ります。

#### ◆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。	a
(コメント)	理念・基本方針はパンフレット等に明文化しており、基本方針は玄関に貼り出して利用者や利用者の家族、職員にも周知が図られています。職員全員参加の会議において理念・基本方針の説明をして、一層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。		
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)	運営の母体である社会福祉協議会、市の障がい福祉課及び支援学校などの情報をもとに環境の分析が行われています。市の地域福祉計画で予算決算が公表されるので、守口市に毎年報告書を提出しており、そこで年間の経営状況の把握と分析が、客観的な数字をもとに行われています。	
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)	経営課題については、指定管理者自己評価表において、利用者アンケートなどを踏まえて明確にしており、職員会議などで職員への周知もできています。経営課題についての意見は職員からは募ってはいませんが、理事会に事務担当者や管理者も参加し、職員と経営側との課題の共有ができています。	

		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)	社会福祉協議会が作成した地域福祉活動計画があり、加えて、令和5年度に予定される新施設開設に向けた施設整備計画が立案され、課題を明確にしたうえでの中長期計画が立案されています。人、場所、運営に関する事業計画、収支計画を明確に設定しています。	
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)	令和5年度の新施設開設に向けて、単年度での重点項目が設定され、それに基づいた単なる行事予定ではない事業計画となっています。	

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。	b
	(コメント)	職員に事業計画の説明は毎日の終礼や会議等で行われ、周知されています。守口市に事業計画書や事業報告書を毎年提出しており、その際に見直しの作業が行われています。職員への周知は、口頭でおこなわれているのみですので、文書を発行しての説明、周知を行うとよりよいものと考えます。	
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。	a
	(コメント)	社会福祉協議会のHPで事業計画を公開しています。それに加えて、機関紙「わかたけだより」に事業計画を掲載し、保護者会、保護者総会（守口市役所から職員や事務局長が出席）で説明がおこなわれており、利用者、保護者に対して十分な周知が行われています。	

			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。			
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)	指定管理者としての自己評価が毎年1回実施され、守口市に結果を報告しています。年1回以上の利用者アンケートも行われ、管理者中心に自己評価の分析が行われ第三者委員の助言も得ています。アンケートの結果は職員に周知し、具体的な改善も行われています。（送迎体制の改善 福祉車両の導入など）第三者評価も定期的に受審し、運営体制、サービスの向上に努めています。加えて日々の終礼と毎週水曜日の会議において職員間でサービス内容についての計画や実施、状況の確認、検討、見直しが行われています。	
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。	a
	(コメント)	評価を分析した結果があり、組織として取り組むべき課題が明確になっています。職員間での課題の共有は会議を通じて行われています。利用者の立場に立った、必要性に応じた改善も実施されています。	

## 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)	職務分掌が文書化され、管理者の役割と責任は職員へ周知されています。また、有事のときの役割分担は災害時マニュアルに明文化されています。管理者不在時の権限委任についても職務分掌において明文化されています。	
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)	職員は、外部研修で毎年リスクマネジメント研修、労務管理、個人情報保護等など法令順守に関する研修や、防災、環境配慮、安全管理者研修を受講しています。学んだことは、毎日の終礼で、機会を作り発表しています。とくに初任者にはコンプライアンス研修を受講させ、施設内で発表をしてもらうほか、新人研修において「職員行動規範」「倫理綱領」などの周知が行われています。	

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)	管理者は、2名の主任との意思疎通を図りつつ、指導力を発揮する体制を整えています。年1回の自己点検において、サービスの質の評価、分析に積極的に関与しています。福祉サービスの質の向上について、支援会議（課題）、職員会議（全体化）、業務会議（担当業務）等の様々な会議体で取り組む体制が構築されており、直接支援にかかわらない職員の意見も取り込み、事業所全体でサービスの向上に取り組んでいます。	
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)	管理者は、経営の改善や業務の実効性を高めるために、財務分析を行い、課題を明確にし、中長期事業計画の立案と実現を中心となり進めています。また、支援会議、職員会議の中で組織内の意思形成を行っています。年2回の人事考課をもとにした人員配置や働きやすい職場環境の整備も行っています。	

	<b>評価結果</b>
--	-------------

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。	a
	(コメント)	資格取得に向けた取組や採用計画、職員配置計画があり、計画に基づいた福祉人材の確保や育成が実施されており、嘱託職員にいたるまで取組や計画が周知されています。以前は5年経過した契約職員の契約更新はできませんでしたが、平成29年度から5年経過しても引き続き勤務が可能となり、人材の定着と長期的な育成が容易となっています。	
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)	人事考課制度が運用されています。考課は年2回行われ、考課基準「考課項目表」において基準が明文化されています。人事考課後、職員と管理者との個別面談も実施され、職員からの進路の希望の聴取等も行って、職員個別でのキャリアパスが設定されています。個別的な人材育成を見据え人事管理が行われていますが、事業所全体でのより総合的な視野に立ち、給与基準と連動した人事管理が行われるとよりよいものと考えます。	
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。	a
	(コメント)	有給休暇の取得状況は事務室に張り出して管理されています。職員の相談窓口は管理者が行っており、定期的な個別面談を行い、職員からの希望を聴取するとともに、年1回職員アンケートも実施されています。社協共済に加入し、インフルエンザ予防接種の補助、子どもの入学の祝い金など、総合的な福利厚生が実施されています。	

II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
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) 個別面接があり、組織の目標・方針は周知徹底されています。面談の中で職員1人1人にも半期目標を設定しています。目標の進捗管理は口頭で行われています。また、組織として職務職責表があり、期待する職員像が明確に定められ、年2回の人事考課で目標の達成度を確認することができます。	
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) 「園研修計画」に基づいて職員1人1人についての教育、研修を実施しています。令和5年度まで、年度ごとの研修計画が定められ、年1回見直しも行われています。次回は令和6年に評価と見直しが行われます。	
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) 日々の終礼も研修機会とし、職員全員の研修機会の確保に努めています。階層別の研修としては新人職員研修があり、個別のOJTがカリキュラムの中に含まれています。外部研修に関しては情報提供が行われ、参加が推奨されています。外部研修に参加した職員は感想や事業所で活用できる事項を記載した研修報告書を提出し、全職員が回覧して共有しています。	
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。		
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) 看護専門学校、大学の実習生の受け入れ実績があり、地域の中学校の見学受け入れも行われています。実習生の受け入れマニュアルが整備されており、学校側との連携を維持していくための工夫も行われています。	

		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。		
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。	a
	(コメント) HPに財務情報、理念や基本方針、事業計画、第三者評価の受審結果が公表されています。苦情相談体制、基本方針が玄関前に掲示されています。パンフレットや広報誌により、地域に向けて事業所の活動や理念等を説明、公開しています。	
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。	a
	(コメント) 経理規定があり、事務・経理・取引に関するルールが明確になっており、事務担当者や管理職に周知されています。内部監査があり、外部の専門家に相談し助言を得ています。さらに本部で大阪府法人監査を受けており、透明性の高い経営、運営が行われています。	



		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。			
23	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)	事業計画書に「近隣地域との連携強化」を明文化し、地域との交流に努めています。具体的には地区の福祉委員会と協力して年1回イベント（わかたけ祭）のお手伝いを地域住民に募っています。事業所からは市民まつりに出店、市民スポーツ大会へ参加しています。利用者の日中の活動の中に「買い物」を組み入れており、利用者が買い物に行く機会を作って地域の商店などの社会資源を利用するように推奨が行われています。	
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)	ボランティア受け入れマニュアルが整備され、ボランティア等の受け入れと学習の協力に関する基本姿勢が明示されており、ボランティアに対する研修の内容も明記されて、ボランティアの行動規範も定められています。地元の中学校に講演活動（知的障がいについて）の実績があります。	
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。	a
	(コメント)	GHや医療機関、暮らしの情報などの連絡先表が作成、掲示されており職員間での情報の共有ができています。管理者は守口市障害者自立支援協議会の本会議委員としての役割を担い、他の地域の会議体の幹事としても参加しており、地域団体共通の課題、問題の解決に向けて協議を行っています。	
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。			
26	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)	第三次もりぐち地域福祉活動計画により地域のニーズ把握を行っています。さらに地域の福祉ニーズや生活課題等の把握のため、支援学校や自立支援協議会との連携が行われています。	
27	II-4-(3)-②	地域の福祉ニーズに基づく公益的な事業・活動が行われている。	a
	(コメント)	社会福祉協議会としての活動を通じ、地域貢献に関わる公益的な事業、活動を実施しています。多様な機関との連携を行い、専門的な知識や情報を地域に還元しています。わかたけ祭など、地域交流事業に対する積極的な取組が見られます。	

### 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。	a
	(コメント)	倫理綱領、職員の行動規範が定められており、倫理綱領は玄関に公表されて職員のみならず利用者にも周知が図られています。さらに新人研修で倫理綱領の説明を行い、虐待防止や人権擁護については職員に研修が行われるだけでなく理事会でも話し合われています。	

29	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)	利用者のプライバシー保護については、行動規範とケアマニュアルの中にプライバシーに関する記載があり、新人研修においてプライバシー保護や権利擁護についてのカリキュラムが含まれており、職員への周知が図られています。施設の設備においては安全確保とプライバシー保護を両立させるため、バランスをとりながらの支援となっています。利用者の家族に対しては、保護者会でプライバシー保護についての説明が行われています。実際の支援において不適切な事実があった場合、その日のうちに終礼において話し合いが行われ迅速な対応ができる体制が整っています。	
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。			
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)	利用希望者に対しては、HP、パンフレットで、理念、基本方針、サービス内容、事業所特性等をわかりやすく説明しています。とくにパンフレットでは図面や表を記載してだれでもがわかりやすい説明となるような工夫が見られます。HPやパンフレットは年1回以上見直しが行われています。利用希望者の体験入所、見学にも丁寧に対応しています。	
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)	サービスの開始時に「園のしおり」を配布して丁寧に説明しています。契約締結時には重要事項を説明して、利用者の同意を得ています。重要事項説明書は利用者やその家族がわかりやすいようにルビ版を作成するなどの工夫が行われています。利用者の自己決定を尊重し、契約書による同意も得ています。	
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)	福祉施設・事業所の変更等にあたり、引継ぎ時には会議を開催、目的の確認、留意事項の共有化ができています。書面での情報提供が行われ、個別支援計画の引継ぎも行われています。管理者を退所後の相談窓口としています。	
Ⅲ-1-(3) 利用者満足に関する取り組み			
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。	a
	(コメント)	利用者満足を確認するため、定期的なモニタリングが行われています。年1回の利用者アンケート実施により利用者満足に関する調査が行われています。利用者アンケートの担当者は事務担当者があたり、アンケート結果に対応して具体的なサービスの改善が行われています。	
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。			
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。	a
	(コメント)	苦情の受付担当者（サービス管理責任者、相談支援員）解決担当者（管理者）が設置されています。第三者委員は設置されていますが、随時の活動となっています。苦情の受付窓口は掲示されており、周知が図られています。また、苦情解決の仕組みは重要事項説明書に記載され、利用者や家族に説明ができています。職員には、苦情解決に関する規程や苦情解決のフローチャートにより、苦情対応の周知が行われています。	

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。	a
	(コメント)	意見を言い相談ができる窓口を設置し、管理者が担当しています。とくに意見については、意見箱として「思いの箱」を玄関に設置しているだけでなく、第三者委員や保護者会で話し合う機会が設けられています。相談室、園長室も活用し、相談しやすい、意見を述べやすいスペースの確保にも努めています。職員の顔写真を掲示して、管理者だけではなく職員にも相談しやすい環境が作られています。	
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。	a
	(コメント)	相談、意見に対してのマニュアル、フローチャートがあり、年1回見直しが行われています。意見箱の設置やアンケートの実施など、利用者の意見、相談を把握する取組が行われています。	
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。			
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。	a
	(コメント)	管理者がリスクマネジメントに関する責任者となり、リスクマネジメント検討会を設置し、リスクマネジメントについて終礼での話し合いが随時行われています。事故対応マニュアルがあり、安全確保・危機管理体制について明記され、報告書作成マニュアルもあり、職員に周知が図られています。職員に対するリスクマネジメントの外部研修、内部研修が行われています。日々の支援の中でのヒヤリハットの記録もあり、職員会議で検討され、改善方法の実践報告は終礼で行われています。	
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)	感染症対策の責任者は管理者が担当しています。管理者のほかに、感染症対策は看護師、保険係の職員が担当しており、感染症対応のマニュアルに基づく研修が実施されています。年1回定期的にマニュアルの見直しも行われています。現在コロナウィルスの感染防止での三密を避けるため食堂は交代制で使用するようし、全員が一方方向を向いて食事をとるなどの措置がとられています。	
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。	a
	(コメント)	災害時対応マニュアルがあり、ハザードマップも確認されています。マニュアルに安否確認方法も掲載されています。年2回訓練（震災訓練・火災訓練）があり消防署による研修も実施されています。さらに、起震車に事業所に来てもらい利用者や職員が地震の揺れを体験する取組も行われています。災害発生時のための食料や備品等の備蓄も行われ、管理者を決めて備蓄リストを作成し、整備が行われています。	

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)	標準的なサービスの手順書「ケアマニュアル」があり、標準的な実施方法による支援ができていのかどうかはOJTで確認されています。ケアマニュアルにはプライバシー保護、利用者の尊重、権利擁護についての姿勢が明示されています。標準的な実施方法にもとづいた支援の実施のために「日常支援マニュアル」「職員業務内容」に支援の内容を明記し、職員に周知徹底が行われています。	
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。	a
	(コメント)	標準的な実施方法の検討、見直しは、定期的に年1回行われています。個別支援を行う中で職員への聞き取りが行われ、標準的な実施方法について気づきや意見が出れば、その都度終礼や種々の職員会議で検討が行われています。他に該当ケースがないか確認し、該当ケースが多い場合、マニュアルの変更が行われることもあります。	

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)	個別支援計画策定の責任者はサービス管理責任者が担当しています。適時のケース会議の開催や各関係機関との連絡調整はサービス管理責任者が行い、幅広い職種の連携のもと利用者ごとの個別支援計画が策定されています。支援困難ケースへの対応は、終礼や職員会議で検討が行われ、適切な福祉サービス実施への取組が行われています。	
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)	モニタリングの実施は6カ月に1回（自立訓練の利用者は3カ月に1回）行われ、個別支援計画の評価・見直しが行われています。モニタリングの結果は、利用者やその家族に同意を得るとともに、関与する職員間でも文書共有化システムにより共有、周知が進められています。	

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)	システム導入によりサービスの実施状況記録は職員間での共有ができています。支援経過記録の書き方、文体については個人間で差が出ないように新人研修において職員に周知が行われています。	
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)	記録書類管理マニュアルがあり、文書の管理体制が確立しています。情報を提供する際の対応は、社会福祉協議会の開示規程に基づき行われています。文書記録の管理者も設置され、大阪府の個人情報保護に関する研修にも参加しています。	

# 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>入園前に短期間の体験通園が行われ、利用者にも事業所のことを知ってもらったうえで、個別支援計画の作成を行っています。</p> <p>支援を行ううえで「日中活動共通確認事項」により利用者の意思や希望の聞き出しが行われています。</p> <p>事業所内のルールについては利用者との話をする中で、本人のこだわりをできるだけ尊重し、守れるルールは守ってもらうなどの柔軟な対応がとられています。日常的に利用者同士でやりとりすることが多い、支援学校時代からの関係を持つ利用者の場合は、両者の希望の聴取が行われています。</p> <p>職員には権利擁護についての外部研修を受講するなど、利用者の権利について検討し、理解・共有する機会が設けられ、虐待防止委員会も年2回開催されています。</p>	
A②	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)	<p>研修会の実施。虐待防止委員会の年2回の実施、虐待防止マニュアルの整備が行われ、利用者の権利擁護に関して職員の理解が図られています。</p> <p>虐待発見チェックリスト、家族からの虐待発見フローチャート等により、虐待を早期発見する仕組みがあります。</p> <p>原則禁止されている身体拘束については、身体拘束マニュアルがあり、運営適正化委員会や地域の障害福祉課への届出、報告についての手順も明確に定められています。</p> <p>倫理綱領、行動規範が定められていることに加え職員の自己チェック表があり、終礼で事例検討が行われ、職員が具体的に権利擁護、虐待防止に関して検討する機会が設けられています。</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>利用者の自立、自律生活のため、事業所として後見制度利用促進に注力しています。</p> <p>また、個別支援計画作成時に、短期入所やグループホームへの入所について話をし、「親なきあと」などの将来的なことの利用者への確認が行われています。</p> <p>買い物同行や通院付き添いをして、利用者本人が地域で自立して生活していけるような支援も行われています。</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>利用者の心身の状況に応じて、筆談（ボード使用）、手話、動作を交えたコミュニケーション、表情の観察などにより、意思の確認、理解が行われています。事業所内でも写真や表、カード、絵を使用し、事業所でのルールや1日のスケジュールを理解しやすいように工夫されています。</p> <p>意思表示や伝達が困難な利用者の支援のため、職員の研修の促進も行われています。</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)	利用者が職員と個別に相談や話したいことを話せる機会を、モニタリングによって定期的に設けています。 1週間の活動予定を決めたスケジュール表を渡して、様々なメニューの中から自分は何をしたいか、意思決定ができるための支援も行っており、終礼の議題にしたりや文書で関係職員全体へ閲覧するなど共有化が行われています。 利用者の相談や意思は、個別支援計画への反映ができています。	
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)	多くの種類の日中活動メニューが用意され、利用者1人1人が日中活動を選択し、それに基づくスケジュール作成が行われています。利用者の興味や状況に応じて市民スポーツセンターや音楽会のパンフレットを配布し、情報の提供も行っています。	
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)	終礼や新人職員研修により職員の専門知識の習得と支援の向上が図られています。自傷行為をとってしまう利用者については手袋をさせるなどの対応をとるだけでなく、自傷にならないように他に夢中になれるようなものをさがす、などの支援が行われています。 利用者の障がいの状況に応じて、過度にかかわってしまう利用者どうしは活動内容を分けるなどの工夫をしています。	
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)	アセスメントで嗜好調査を行い、食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本としていますが、対応できない場合は食事を持参してもらっています。 入浴サービスはなく、シャワーは失敗時に使用しています。 排泄支援について個別支援計画に記載し、障がいの状況に応じて和式トイレを活用することもあります。 送迎時、移乗が困難な利用者に対応するためリフト車を導入しています。	
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。	b
	(コメント)	施設内の利用者の日中活動の場所は障がい状況や活動の種類により部屋を分け、明るい場所で安全に活動ができるように配慮されています。 シャワー室、トイレは古いものの、清潔が保たれています。 その一方で階段の勾配や食堂の広さなど、施設が古いためどうしても利用者の安全配慮が現状にそぐわない部分が施設の課題となっており、その課題の解決のため、3年後の新施設開設を目指しています。 利用者からの生活環境に関する要望の聞き取りは、アンケートによって行い、改善に努めています。	

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)	<p>利用者の心身の状況に応じた排泄支援が行われ、車いす利用者について、介助して立位で排泄してもらうなど、残存機能あればそれを生かし、主体的にできるような支援が行われています。</p> <p>利用者が主体的に機能訓練、生活訓練ができるように基本的には見守りをするように心がけています。</p> <p>利用者の障がいの状況に応じて、看護師、医師、外部のPTなどの意見や助言を受け、職種を超えたチームでの支援が行われています。</p> <p>定期的にモニタリングを行い、支援の検討や見直しを行っています。</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>毎日検温を行っているほか、歩き方、表情、動作で体調確認を行うほか、連絡帳を用いて保護者との連携も図られています。</p> <p>利用者の障がいの状況に合わせて体操や散歩で健康増進の工夫がおこなわれています。</p> <p>定期的な医師による健康診断があり利用者の健康状態の把握に努めています。</p> <p>利用者の急な体調変化に迅速に対応できるための緊急時マニュアルが整備されており、協力医療機関との連携、対応ができる体制も整えられています。</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)	<p>服薬管理は看護師が主体となり、薬の保管も含めて適切に行われています。</p> <p>慢性疾患やアレルギー疾患について、健康調査票において調査を実施し、医師の指示のもと対応が行われています。介護職員等が実施する医療的なケアとして、喀痰吸引を行う事業所でもあり、実施手順に基づき適切なケアが行われています。</p>	

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)	<p>相談室において、成年後見制度紹介や地域の情報などのパンフレットを設置して情報の提供が行われています。年3回程度、地域のスポーツイベントに参加するなどの社会活動も行われています。園外活動や買い物などを通じ、本人の意思を尊重しながら社会参加への意欲を高める工夫が行われています。</p>	

A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援

A⑭	A-2-(7)-①を 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)	<p>利用者の地域生活への移行や地域生活のための支援の重要な一環として、グループホームへの体験入所が行われています。利用者の意思や希望をきいたうえでグループホームへの移行が促進されています。現在、利用者の半数がグループホームに入居しており、グループホーム10箇所との連携がとられています。</p>	

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)	<p>連絡ノートを使用したり、送迎時に情報交換するなど、家族との日常的なやりとりが緊密に行われ、保護者会において家族からの意見を聴取する機会も設け、家族との緊密な連携が図られているほか、場合によってはモニタリングで家庭訪問を行うなど、家族に対する支援が行われています。</p> <p>家族交流会を2年に1回行い、職員と家族、家族同士の交流も図られています。「わかたけだより」を月1回発行して家族に配布し、事業所での活動の周知を図っています。</p> <p>体調不良などの緊急時の家族との連携方法についての体制も整えられています。</p>	
		<b>評価結果</b>
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	
		<b>評価結果</b>
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	生活介護・自立訓練の利用者またはその家族
調査対象者数	23人
調査方法	令和2年度の利用者アンケートとして、令和3年5月実施 生活介護・自立支援の利用者のうち23名に実施 本人記載2名・本人と家族5名・家族10名・本人と一緒に職員が記入6名

### 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際の利用の方法について、わかりやすい説明
- ・職員の言葉使いや態度
- ・サービスの内容について、わかりやすい説明と助言、アドバイス
- ・施設へのアクセス（行き方）、通所の方法（送迎サービス）
- ・利用料金（食事代金）の設定・支払い方法
- ・このまま継続してサービスを受けたいという希望
- ・総合的なサービスの感想   とても満足 34.8%   満足 52.1%   合計 87.9%

#### ▼満足度の低い項目

- ・不満や意見を職員に気軽に話すこと
- ・レクリエーションを自由に選ぶこと
- ・施設の清潔さや雰囲気、設備の充実

#### ◎講評

満足度の高い項目としてあげられている施設へのアクセスについては、利用者アンケートや実際に要望かをもとに福祉車両を購入するなどの具体的な改善をしている点が高評価につながったと考えられます。また、サービス内容や職員の言葉遣い、説明に関しては、職員への研修や会議で利用者の人権擁護の姿勢を徹底していることが高評価へにつながっていると考えられます。

評価が低い項目の中で、施設に関するものがありますが、2年後の新施設の開設までの間、今の施設でいかに安全に、清潔、快適に過ごせるのかが大きな課題となります。感染症対策もしつつ、今の施設でのより良い支援を確保していくことが望まれます。

レクリエーションを自由に選ぶことについて評価が低くなっているのは、現在コロナの影響で、カラオケや映画鑑賞、キャンプなどの活動が不可能となっており、日中活動の幅が一時的に制限されている影響があると考えられます。

## 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