

福祉サービス第三者評価結果

① 第三者評価機関名

有限会社保健情報サービス

② 施設の情報

名称：ハッピーバーディー	種別：就労継続支援B型	
代表者氏名：管理者 小谷秀彰	定員（登録人数）： 20名（30名）	
所在地：鳥取県東伯郡湯梨浜町長和田1835-1		
TEL：0858-32-0780	ホームページ： https://www.med-wel.jp/yuri/	
【施設の概要】		
開設年月日 平成20年4月1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 敬仁会 理事長 藤井 一博		
職員数	常勤職員： 7名 非常勤職員 1名	
専門職員	サービス管理責任者 1名 運転手 1名	
	生活支援員 1名	
	職業指導員 5名	
施設・設備 の概要	作業室	多目的室
	水耕ハウス	相談室
	移動販売車	事務所

③ 理念・基本方針

法人理念

仁は人の心なり

仁を以ってかかわるすべての人たちの幸せを追求し、地域社会とともに歩み続けます。

1 テンダーラビングケア (tender loving care)

「愛」とは、誰かの心に希望の灯をともしことです。

自分に何ができるかをまず考えることです

(日野原重明著 テンダーラブより)

2 スローライフ

丁寧に考えること 誠実に対応すること

施設理念

障がいの有無に関わらず利用者の幸福の追求と豊かな生活の実現を支援します。

重点目標

- 1 利用者の基本的人権を保障し、主体性を尊重した支援の充実
- 2 多様な障がいや課題を持つ利用者のニーズに応じたサービスの提供
- 3 地域に根ざした施設を目指し、循環型支援体制の構築を図る

施設運営方針・テーマ

「利用者が自己実現できる施設づくりとたゆまない成長」

- 1 人権やプライバシーの擁護
- 2 エンパワメントの視点に立った支援
- 3 個々の生活困難さに対応したサービス提供
- 4 「ともに生きる」ための生活環境の構築
- 5 地域のネットワークを活用した支援提供
- 6 地域の社会資源として幅広く認知される取組み

④ 施設の特徴的な取組

◆個々の自己決定と尊厳を尊重した良質な支援への取組

- 日頃の会話、作業の様子やアセスメント時などに本人のニーズを把握し、本人の強みを活かした個別支援計画を作成し、同意を得て支援されています。
- 個々の能力や障がい特性に配慮した作業の提供が行われており、生活環境・作業環境への配慮をされています。
また、利用者の意向を把握し、法人内施設への清掃作業を新たな試みとして始められる予定です。
- 職員はよりよい支援ができるよう専門性の向上に努め、全職員が連携・協働ができる風土の構築を目指しておられます。

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和4年8月30日（契約日）～ 令和5年3月1日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	3回（令和3年度）

⑥ 総評

◇特に評価の高い点

- ・法人全体でISO取得をされ、マニュアル類の整備も行われており、毎年第三者評価の自己評価内容に基づき振り返りの機会を持たれています。
- ・専門性を高めながら、人材育成を進めておられ風通しの良い職場環境を構築できるように努め全ての職員が担当の個別支援計画を作成され、経験年数の少ない職員のサポートをされながらチームで行なう支援ができるよう図られています。
- ・現在はコロナ禍のため外部への集合研修参加が難しい状況の中、eラーニング等WEB研修を積極的に取り入れ、職員が日々研鑽の場が持てるよう工夫されています。

◇改善を求められる点

- ・ 就労継続支援 B 型のハッピーバーディーは長く利用しておられる方も多く作業の種類も選びやすい面があります。

コロナ禍の状況において企業への職場開拓は難しい状況がありますが、系列医療法人の作業も念頭に置いての開拓にも取組まれることに期待します。

⑦ 第三者評価結果に対する施設のコメント

就労継続支援 B 型のハッピーバーディーは開設時から、長く利用して下さっている方もあります。

B 型事業所としての役割を考えながら、サービスの向上を目指し毎年の振り返りと改善活動等に取り組んでいきたいと思えます。

⑧ 第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

平成 27 年度より判断基準 (a、b、c) の考え方が、「よりよい福祉サービスの水準へ誘導する基準」となるよう以下のように変更になりました。

「a」 より良い福祉サービスの水準（質の向上を目指す際に目安とする状態）

「b」 「a」に至らない状態、多くの施設・事業所の状態（「a」に向けたと取組みの余地がある状態）

「c」 「b」以上の取組みとなることを期待する状態

第三者評価結果（就労継続支援B型）

共通評価基準（45項目）

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

		第三者評価結果
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・基本方針は明文化され、広報誌・ホームページ・施設内に掲示されています。 職員には年度末の職員会議で周知が図られており、名札に入れ携行されています。 職員朝礼での唱和も続けられています。 家族等、地域に向けては、広報誌（湯梨の花・ハッピー通信）でお知らせしておられます。 利用者へは掲示する事で確認頂ける様にしておられます。		

I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
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> 施設長は毎月の運営会議に参加され、経営状況・収支状況・稼働率・法改正について分析され、職員には3ヶ月に1回の全体会で周知されていますが、コロナ感染予防対策のため開けない月は職員に資料配布しておられます。 地域の福祉計画等の把握も行ない分析されています。 組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成、財務状況等の現状分析が適切に行われています。 福祉事務所、地域支援センター、相談事業所、病院等と連携を図りながら施設利用が必要と思われる方の状況把握に努めておられます。		
3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	a
<コメント> 毎月の運営会議でも経営状況、収支状況、稼働率、利用状況の課題について分析行なわれています。 運営会議、施設長会議であがった課題について話し合わせ、目標管理が行われており、具体的な取組については、3ヶ月に1回の全体会及び支援会議に於いて職員に周知が図られています。		

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
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
<p><コメント></p> <p>「事業計画策定管理手順」に沿って中・長期的なビジョンを具体化した中長期計画が策定されており、稼働率や収支等、具体的な数値目標の設定が行なわれています。</p> <p>「事業計画策定管理手順」に従い、定期的の中・長期計画の評価・見直しが行われています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>中・長期計画の内容を反映した単年度の事業計画が策定されています。</p> <p>事業内容が具体的に示されており、数値目標の可能な項目については設定されています。</p> <p>ISO施設マネジメントレビューに従い、実施状況の評価（中間・期末）が適切に行われています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>前年度からの課題や職員アンケート、支援会議での意見も集約し、実現可能な内容については、事業計画に反映させるようにしておられます。</p> <p>評価時期や手順は「事業計画（品質方針・重点目標）策定管理手順」に定められており、手順に沿って評価が行われています。</p> <p>次年度の事業計画は3月の全体会で資料が配布され、周知が図られます。</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
<p><コメント></p> <p>利用者に対しては、年初の利用者会で説明が行なわれていました。</p> <p>家族に対しては、広報誌「ハッピー通信」に掲載し、配布されてきました。</p>		

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果
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
<p><コメント></p>		

<p>ISOに基づいた品質マネジメントシステム運用や福祉サービス第三者評価の受審をされ、受審に該当されない年も毎年定められた評価基準により、自己評価を行う事で事業の振り返りの時間を持たれ、サービス向上に取り組まれています。</p> <p>ヒヤリハット報告の分析を行ない検証する事によりサービス改善に取り組まれています。</p> <p>満足度調査を毎年実施され、分析・検討を行ない改善に努めサービス向上に取り組まれています。</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
<p><コメント></p> <p>サービス評価委員会を中心に評価結果を基に改善シートが作成され、改善すべき項目について改善計画の立案、全職員への周知、課題共有により、計画的に改善に向けて取り組まれています。</p> <p>アンケート結果を踏まえて、必要に応じて是正処置等も行われています。</p>		

評価対象Ⅱ 施設の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
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
<p><コメント></p> <p>業務分掌で施設長の役割と責任については文書化されています。</p> <p>また、全体会議や朝礼・夕礼等で方針等の説明も行なわれています。</p> <p>施設長は毎年、新年度の広報誌に運営方針等を掲載されています。</p> <p>防災管理規程があり、有事（災害・事故）における管理者の役割と責任について明確になっており、施設長不在時の代行者も明確にされています。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>施設長は、法人リスクマネジメント委員会の「倫理・サービス向上部会」に所属し、遵守すべき法令を正しく理解されておられます。</p> <p>虐待防止研修等をはじめ多くの研修、勉強会に参加して遵守すべき法令を把握されています。</p> <p>新しく決まった法令や変更があれば、職員に伝達し説明の場として、研修や勉強会が開かれています。</p> <p>職員が遵守すべき法令については法人諸規程綴りに明記されており、事務所内に置かれ職員はいつでも確認できます。</p> <p>毎年施設内研修としてコンプライアンス研修が実施されています。</p>		

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
<p><コメント></p> <p>施設内の巡回を行ない、利用者、職員の様子を見て回り現場の様子を確認しておられます。施設の課題や問題点の改善など職員に対し具体的に指針を示しておられます。各会議に出席され業務改善に向け取組まれています。運営会議にて各部署からの報告を受け、サービスの質の向上に向けた指導も行われています。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>施設長から各月の経営状況の実績と分析結果が運営会議で報告され、コストバランスや人員配置等の課題・問題点の改善を図るために取り組まれており、結果については職員全体会議で周知が図られています。</p> <p>職員との定期的な面接や職員アンケートを行ない、職員が働きやすい風通しの良い職場環境になるよう取組まれています。</p> <p>職員の補充についても法人本部と話し合い、速やかな対応が取られています。</p> <p>救護施設とハッピーバーディー（就労継続支援B型事業所）との協働作業（受託作業）も継続しておられます。</p>		

II-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
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画が確立し、実施されている。	a
<p><コメント></p> <p>法人の教育研修委員会要綱に人材育成の基本理念（法人が求める職員像）が示されています。福祉人材の確保については法人で一括管理しておられ、人材採用計画が策定され、ハローワーク・ホームページ等で人材募集が行われています。</p> <p>施設としては、法人の人事と協議しながら調整しておられます。</p> <p>現在配置基準以上の職員配置があり、質の高い福祉サービスが行えるよう専門職の配置等具体的な計画が作られています。</p> <p>法人内での人員確保の取り組みとして「職員採用協力手当支給制度」が設けられています。教育研修委員会を中心に施設内外の研修体制が整い、人材育成に向け取組まれています。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a
<p><コメント></p> <p>法人の「職務基準書」「教育研修委員会要綱」に「法人が求める職員像」は明文化されています。</p>		

<p>法人の定める「人事考課規程」「就業規則」に人事基準が示されています。</p> <p>「個人目標設定および達成度評価管理手順」に基づき年3回の面接と身上報告書（異動の希望も含む）にて職員の意向を確認する機会があり、自らの将来の姿を描くことができる仕組みがあります。</p> <p>子育て中の時短勤務等のコース選択ができる柔軟な対応をされ、職員一人ひとりのワークライフバランスに配慮された働きやすい職場環境になるよう努められています。</p>		
<p>Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>雇用形態基準表に基づき、職員が夜勤・休日・異動制限等個々の事情に合わせ、子育て中は変則勤務に対応できない職員には時短勤務ができる等の雇用形態が選択できるワークライフバランスに配慮した取組みが行われています。</p> <p>また、異動の際には、同じ種別で今までの職務経験が活かせるような配慮も行なわれています。勤務表は毎月職員の希望を聞き作成されており、身上報告書、目標面接で職員の意向の聞き取りが行われています。</p> <p>職員健康管理手順に沿って健康診断・ストレスチェックを実施され、外部の保健師に相談できる体制が整えられています。</p> <p>法人には「職員専用相談窓口」が設置されており、メンタルヘルス・各種ハラスメント・業務上のトラブル等に相談に対応する体制があります。</p> <p>毎月職員の有給休暇取得状況の確認をされ、取得が少ない職員には取得を促されています。</p> <p>新型コロナウイルス感染対策の特別有給休暇制度もあり、コロナ感染対策用のアパートの借上げも行なわれています。</p>		
<p>Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。</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
<p><コメント></p> <p>法人の求める職員像を明確にされ、「個人目標設定及び達成度評価管理手順」により個人目標を立て自己・相互評価を実施されています。</p> <p>身上報告書には取得したい資格の記載欄もあり、希望する研修も聞かれています。</p> <p>年3回（期首・中間・期末）の面接を行ない、目標の進捗状況、達成度の確認が行われています。</p> <p>職員一人ひとりに対して期待するレベルの目標を設定され、育成が行われています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>法人の教育研修委員会要領で基本方針を明確にされ、研修年間計画に沿ってそれぞれの経験年数や職種に応じた研修が行われています。</p>		

<p>コロナ対策として、今年度もWEB研修やオンライン研修等を中心に受講されています。研修終了後には復命書による伝達研修も行なわれています。</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
<p><コメント></p> <p>法人の定める職務基準に基づき、資格取得状況・業務遂行能力・経験等を把握し、階層別、職種別に見合った研修が実施されています。</p> <p>職員一人ひとりの研修計画が作成されており、研修履歴の分かる一覧表も作成されています。外部研修等への研修計画はありませんが、外部研修等の情報提供は行われています。</p> <p>新人・異動職員には各部署でOJTを行なう仕組みがあり、新人職員には定められた研修ツールがあります。</p> <p>法人として、全職員対象のeラーニングを導入され、自宅での自己研鑽も推奨されており、履修記録は法人本部で把握されています。</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教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	b
<p><コメント></p> <p>実習生受け入れ手順に沿って、実習生の受け入れが行われており、実習担当者は2名配置されています。</p> <p>事前に学校側と話し合いを行ない、実習計画を作成し実習中にも振り返りを行ない効果的な実習になるよう取組まれています。(実習の受け入れは救護のみ)</p> <p>現在はコロナ禍のため受け入れ体制も難しく今年度は実習の依頼もありませんでした。実習受け入れは救護のみで就労継続支援B型では行っておられません。</p>		

Ⅱ-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
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
<p><コメント></p> <p>法人ホームページに、施設理念・基本方針、提供サービスの内容、事業計画・報告、第三者評価結果、苦情解決の体制について掲載されています。</p> <p>また、法人としてはWAMNETの社会福祉法人に関する現況報告書（ワムネット）に情報を掲載されています。</p> <p>毎月発行されている広報誌は家族等に配布されています。</p>		
22	Ⅱ-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a

〈コメント〉

ISO手順書に沿って内部監査、定期監査、更新審査が実施されており、監査及び審査で指摘された内容は是正予防処置手順に従い改善案が策定され実施されています。

会計責任者、出納責任者は明確になっており、経理規程に基づき、定期的に監事監査・経理監査が行われています。

法人が定めた外部の監査法人による事業や財務に関するチェックが実施されています。

II-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
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〉 地域交流・地域貢献については事業計画にも明示されています。 湯梨浜町報、地域情報誌を利用者に掲示し、情報提供が行われています。 例年は、ゆりはま105感謝祭、ふれあい大平市、こども園との交流行事等が行われていましたが、今年度もコロナ感染予防のため中止になりました。		
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。	b
〈コメント〉 ボランティア受け入れマニュアルが作成されており、受け入れの基本姿勢はマニュアルに記載されています。 従来であれば、学生ボランティア、一般ボランティアの受入れ機会があり、利用者との交流も図ることもできますが、コロナ感染予防対策のため自粛されています。 就労継続支援B型事業所であるため、現在のところボランティアの受入れはありません。		
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	II-4-(2)-① 施設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〉 湯梨浜町障がい者自立支援協議会、湯梨浜町虐待防止ネットワーク会議、相談支援事業所等の関係機関との会議や連絡会に出席し、情報交換を行なわれています。 必要な社会資源の一覧は事務所内の誰でも確認できる場所に置かれています。		
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みが行われている。	b
〈コメント〉		

<p>湯梨浜町障がい者自立支援協議会への出席を通して、福祉ニーズの把握に努めておられます。地域イベントの開催もなく、アンケート等の情報収集が困難な状況です。</p> <p>地域住民との交流行事の感謝祭は今年度も中止になり、地域の声を聞く機会を持つ事が出来ませんでした。</p> <p>就労支援ネットワーク会議に参加してニーズ把握に努めておられます。</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。	b
<p><コメント></p> <p>湯梨浜町と協定を結び福祉避難場所として災害時の地域における役割を担っておられます。鳥取県危機管理局主催の福祉避難所の設置・運営に関する研修に参加されました。</p> <p>地域の防災対策、地域住民の安全・安心のための備えや支援の取組みは今後検討して行かれます。</p>		

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果
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
<p><コメント></p> <p>利用者を尊重した福祉サービス提供については、法人理念・施設方針に明文化されています。</p> <p>人権マナー委員会が中心となり、虐待防止を徹底するために定期的に研修を行ない、毎年虐待セルフチェックリスト、年2回の業務振り返りシートも実施されています。</p> <p>相談室や意見箱からの意見を基に利用者支援の研修が行われました。</p> <p>必要に応じて成年後見人制度の利用等支援により、利用者の権利擁護に努められています。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>職員は採用時に「社会人・社会福祉従事者としての心構え」「コミュニケーションの基本」についての研修が行われています。</p> <p>広報誌等への顔写真掲載は利用開始時に確認する等、プライバシーや本人の意向に沿えるように配慮されています。</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 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。	b

<p><コメント></p> <p>法人ホームページ、施設パンフレットで情報提供されています。 パンフレットには作業の内容の写真を多めに入れ、わかりやすい工夫をされています。 見学・体験もして頂き、就労に向け検討していただいています。</p>		
31	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更において利用者等にわかりやすく説明している。	a
<p><コメント></p> <p>サービス開始時には、どの利用者に対しても同じ手順に沿って説明を行い、利用者・家族・後見人等から同意を得ている。(ハッピーバーディーはルビ付きの重要事項説明書、利用料金表の提示を使用しています。)</p> <p>サービス開始時には個別支援計画を作成し、同意を得ている。 また、プラン変更時や重要事項説明書の変更や給食費の変更等についても説明し、同意を得ておられます。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>他事業所・家庭への移行にあたって、ハッピーバーディーでは相談支援センターや他事業所と相談しながら対応しておられ、必要に応じて担当者会議に出席や書面を提出されます。 利用終了後も相談は続けて受け付けておられます。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 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
<p><コメント></p> <p>毎朝の朝会で連絡事項の伝達と、意見を伺うようにされています。 また、通常の会話の中での希望や意見に対して返答や改善が行われています。 日常的に職員に話されたことは記録を残しておられます。 満足度調査・嗜好調査を定期的実施し、分析結果からの改善策の検討に取り組まれています。 結果については利用者へフィードバックが行われています。</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 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	a
<p><コメント></p> <p>「福祉サービス苦情解決処理要綱」に基づき、苦情解決の体制は整備されています。 サービス開始時には重要事項説明書で説明され、施設内には苦情解決体制の表やフローチャートの掲示もあります。 意見箱は救護施設玄関、食堂、体育館、ハッピーバーディー（就労継続支援B型）に設置され</p>		

<p>ており、受けた内容のご意見受付書に記録されています。</p> <p>相談室で受けた相談内容の中には、ご意見へ吸い上げする内容もあります。</p> <p>意見や苦情の内容は、利用者に配慮し可能な範囲で公表されています。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>重要事項説明書に相談や苦情の受付窓口や方法の記載があります。</p> <p>基本的には誰でも職員に（管理者、サービス管理責任者他）相談できる体制をとられています。</p> <p>希望者については、時間を決めて話を聞き、個室で話も出来るようになっています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>「福祉サービス苦情解決処理要領」に基づき、相談や意見に対する情報は記録に残され、運営会議等において検証・検討が速やかに行なわれ、その結果報告が利用者等に行われています。</p> <p>相談や意見は、利用者からの信頼が高められるよう、できる限り迅速に対応しています。</p> <p>すぐに解決できない内容については、その旨を本人へ伝えた後に運営会議等にて検討されています。</p> <p>ハッピーバーディーでは家族連絡ノートを利用され、家族からの意見要望、事業所からの連絡に活用されています。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>法人内にリスクマネジメント委員会が設置されており、安全衛生・災害対策・安全運転・事故防止・倫理サービスの5部会でそれぞれの分野別に協議・検討を行なう体制が整備されています。</p> <p>施設内には事故防止委員会を設置され、事故・ヒヤリハット分析手順により集計・検討された内容を職員間で共有されています。</p> <p>リスクマネジメント研修・ヒヤリハット月間の取組みで気付きから事故防止に向けた意識向上に取組まれています。</p> <p>AEDの設置、救命救急講習も実施されています。</p> <p>ハッピーバーディーは送迎時の交通事故にも気を付け、作業の安全性にも配慮をされています。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>感染対策委員会を中心に感染予防に取組まれています。</p> <p>感染対策マニュアル、発生時マニュアルに感染症発生時の手順が決められており、感染予防委</p>		

<p>員会により食中毒・嘔吐物処理、感染予防研修、ゾーニング研修、手洗い研修等が行われており、今年度は利用者自治会で手洗いに重点的に取り組み、手洗い・消毒の徹底に努めておられます。</p> <p>今年度はコロナ対策が必要不可欠であり、法人感染制御室の指示により感染予防対策が講じられ、随時見直しが行われています。（発生時のゾーン、職員行動等）</p> <p>換気にも気をつけ、休憩時間ごとに行なわれています。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>「ゆりはま大平園における事業継続計画（災害対策編）」にて、災害時の対応体制（職員の安否確認・管理責任者等）が定められており、毎年見直しが行われています。</p> <p>食料等備蓄品についても、リストを作成し、整備されています。</p> <p>消防署に協力を得て、年2回消防訓練が行われています。</p> <p>防災委員会を中心に年間計画に沿った防災訓練が実施されています。</p> <p>今年度も、水害に備え土嚢作りの研修が実施されました</p>		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
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
<p><コメント></p> <p>ISO手順書に基づき、食事支援は文書化されており、レビューで手順書の見直しが行われています。</p> <p>標準的な実施方法についてはISO内部監査等で実施状況の確認が行われています。</p> <p>業務標準化のために職務基準書で自己チェックが行われ、面接者による評価指導も行ない、どの職員も同じ支援が行えるよう取組まれています。</p> <p>なお、利用者個々に対する支援の留意点は個別支援計画に明記され、職員間で共有しておられます。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>ISO文書・品質マニュアル、「文書品質記録管理手順」に基づき、担当者を決定し、検証・見直しが行われています。</p> <p>個別支援計画は6ヶ月ごとに評価・見直しが行われています。</p> <p>食事支援実施の仕方は文書化されており、定期的に見直しが行なわれています。</p> <p>変更点については職員間で共有が図られています。</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的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	a
<p><コメント></p> <p>個別支援計画作成にあたり、責任者を置き「個別支援計画作成・変更手順」に沿って個別支援計画を作成しておられます。</p> <p>本人・家族の意向を踏まえ、必要に応じて専門職等に意見を聞き多職種の参画による計画作成が行なわれ職員間で共有されています。</p> <p>作成経験の少ない職員への指導は個別支援計画の責任者が行ない、視点・記録方法等が一定の水準になるような取組みが行われています。</p> <p>支援困難ケースはハッピーバーディー支援会議で取り上げ、適切なサービスが提供できるよう取り組まれています。</p>		
43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a
<p><コメント></p> <p>「個別支援計画作成・変更手順」に基づき、毎月のモニタリング・3ヶ月に1回の見直しカンファレンス・6ヶ月に1回のカンファレンスが行われています。</p> <p>緊急に変更する場合の手順も定められています。</p> <p>計画の評価は目標に対しての達成・未達成・一部達成を明確にされ、未達成の場合にはどのような要因で達成できなかったかを検討し、課題・ニーズを明らかにされ、変更の要否についても検討されています。</p> <p>P D C A サイクルで個別支援計画が作成されています。</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、職員間で共有化している。	a
<p><コメント></p> <p>記録はフォーカスチャータリング方式の統一様式を使用され、個別支援計画に関する事は青字、身体的・医療的な事は赤字、その事は黒字で記入することをルール化されています。</p> <p>新人職員には記録の仕方の指導が行われています。</p> <p>支援会議に出席できなかった職員には資料を回覧し情報共有が図られています。</p> <p>個別支援計画に沿った支援が行われており、サービス経過記録に青字の記載が増えてきており、職員の気付きが増えています。</p> <p>記録ファイルは紙ベースで事務所内に保管されており、情報共有がしやすい仕組みとなっています。</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
<p><コメント></p> <p>文書管理規程、I S O 品質記録リスト、個人情報保護規程、マイナンバー取扱い規程に基づき</p>		

記録の保管、保存、廃棄について定められています。

職員は入職時に個人情報保護等の誓約書を提出されています。

個人情報の取扱い、情報開示についてはサービス開始時に重要事項説明書を用い説明されています。

コンプライアンス研修も毎年行なわれています。

内容評価基準（19項目）

A-1 利用者の尊重と権利擁護

		第三者評価結果
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
<p><コメント></p> <p>個別支援計画書は作成手順に沿って、普段の会話・作業の様子・アセスメント時等で、本人ニーズを把握し、本人の強みを生かしたプランの作成を行ない本人の同意を得て支援が行なわれています。</p> <p>行事やルールに関しては、利用者からの意見を吸い上げ決定しておられます。</p> <p>施設方針にも掲げられており、全体会で職員へ説明し共有しておられます。</p> <p>昼食の給食は、掲示してある献立表を見て注文制であり、自らが名簿にチェックし発注されます。</p> <p>現在、3名だけは個別に献立表を配布しておられます。</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
<p><コメント></p> <p>虐待防止に関する法人の諸規程や、虐待防止対応手順が策定されており、虐待の定義、防止のための対応体勢、発見時の手順が明確化され、職員に周知しておられます。</p> <p>利用者への周知は、利用開始時に契約書、重要事項説明書を使用して丁寧に説明しておられます。</p> <p>人権マナー委員会の取組みにより、虐待等、不適切な支援の早期発見に努めておられます。</p>		

A-2 生活支援

		第三者評価結果
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。	b
<p><コメント></p> <p>本人の様子・家族・相談支援事業所からの情報を基にアセスメントを行ない、自立・見守り・一部</p>		

<p>支援・全面支援の4項目で評価が行なわれています。</p> <p>本人の持っている力を引き出せるような個別支援計画を作成し、支援が提供されています。</p> <p>生活面の直接支援は行っておられませんが、課題があれば、家族や関係機関に情報提供しておられます。</p> <p>一般就労に向け、生活リズムを整え一般就労につながるよう意識して過ごしておられる方もおられます。</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。	b
<p><コメント></p> <p>利用者個々の状況に応じて、個別にコミュニケーション手段を検討しそれに基づき支援しておられます。</p> <p>作業所内には言葉だけでなく、指示カードも使いながら伝わりやすいよう掲示をする工夫もされています。</p> <p>家族との連絡ノートも活用しておられます。</p> <p>日常の関わりやアセスメントから、利用者の状況にあった方法でコミュニケーションが図られています。利用者特性によっては十分でない場合もあるので更なる工夫に期待します。</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
<p><コメント></p> <p>生活上の問題・利用者間の問題について、相談したい場合には、いつでもどの職員とでも相談が行える体制があります。</p> <p>相談のあった内容については、サービス管理責任者へ報告され、必要に応じて個別支援計画に反映しておられます。</p> <p>ハッピーパーティーの施設外の同一法人への就労の場合は職員も同行されており、送迎中にも話しをされて、要望等も聞かれています。</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。	評価対象外
<p><コメント></p>		
A⑦	A-2-(2)-⑤ 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。	a
<p><コメント></p> <p>職員は、多様な障がい特性に対する理解を深め、支援方法に関する研修に参加しておられます。</p> <p>月1回の支援会議で、利用者個々の状況、支援方法について検討し、職員間の共有を図る機会が設けられています。</p> <p>利用者の不適切な行動について、支援方法や環境整備等、専門職からの助言を得たり、関係機関と連携が図られています。</p>		

利用者個々の障がい特性に応じた環境設定も行なわれており、就労時間や曜日も選択して頂いています。		
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
<p><コメント></p> <p>嗜好調査の実施により、献立に反映される仕組みがあり、リクエストメニューの提供もあります。</p> <p>個別支援計画に基づき、必要な利用者に対しては食事の場面等で支援しておられます。</p> <p>食事の際の席次等についても配慮が行なわれています。</p> <p>送迎マニュアルも整備されており、車イス使用の利用者(1名)についても、利用者本人の自主性を尊重し、安全に移乗が出来るよう見守り支援が行われています。</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。	評価対象外
<p><コメント></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
<p><コメント></p> <p>個別支援計画に沿った就労支援が実施されています。</p> <p>ホワイトボードに作業内容を明示し、当日の作業が確認できるようにしておられます。</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
<p><コメント></p> <p>毎日、朝、昼に検温、体調確認を行ない、チェック表に記載しておられます。</p> <p>体調不良の際は、作業内容を変更したり、必要に応じてご家族、関係機関に連絡し適切な対応が出来るようにしておられます。</p> <p>精神面の変化がある利用者に対し、変化があれば通院時医師に通所中の様子を書面にて伝えておられます。</p> <p>緊急時には救護施設の看護職員が対応できる体制となっています。</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。	評価対象外
<p><コメント></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。	評価対象外
〈コメント〉		
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支援を行っている。	a
〈コメント〉 地域生活を継続する為に、送迎場所や就労時間などの調整も行われています。 本人の状況に変化があった場合、相談支援事業所へ随時報告をしておられます。 他事業所への就労移行を希望する利用者には、相談支援事業所等の関係機関と連携されます。 現在一般就労を希望されている方があり、グループホームでの生活を希望されている方もあります。		
A-2-(8) 家族との連携・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〉 利用開始時に連絡ノートの可否を確認しており、現在の対応者は3名で、作業の様子を伝えたり家庭での様子や相談などのやり取りが行なわれています。 利用者個々の緊急連絡先を確認し、一覧表を作っており必要に応じて連絡はできるようにしておられます。 ハッピー通信では、活動の様子などを写真を交えて伝えておられます。		

A-3 発達支援

		第三者評価結果
A-3-(1) 支援の基本		
A⑯	A-3-(1)-① 子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。	評価対象外
〈コメント〉		

A-4 就労支援

		第三者評価結果
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〉 サービス等計画相談に基づき、どのような生活や自己実現を目指しているのかを理解した上で個別支援計画を作成して支援しておられます。		

まずは、曜日指定通所から通所時間を増やしていくなど利用者の意向に合わせ、相談支援事業所と連携をとりながら支援しておられます。

必要に応じて関係機関と連携を取りながら、就労支援が行われています。

A⑩

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>

作業内容として、3部門の用意されており、その中より利用者本人の意向と能力に合わせた作業提供が出来るようにしておられます。

働き方についても本人の障害や特性に配慮しながら就労時間や内容の工夫が行なわれています。

工賃については『工賃支給基準』を規定し、利用者へは『作業評価表』の内容について説明しておられます。

作業へのモチベーションに繋がるよう支援し、都度見直す仕組みがあります。

A⑪

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。

b

<コメント>

現在、一般就労等、外部事業所の就職を希望している利用者がおられない事もあり、積極的な動きはありませんが、4月から働き始めた利用者が一般就労を目指しておられ、これから就労日数を増やししながら、本人に合った職場を見つけられるよう努めておられます。

コロナ感染予防のため、外部の企業への外勤が出来ていない状況にあります。

コロナ感染症終息後には、従来のように職場開拓と就職活動の支援等に積極的に取組まれる事に期待します。