

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	ぶるうむ此花		
運営法人名称	社会福祉法人 日本ヘレンケラー財団		
福祉サービスの種別	生活介護		
代表者氏名	施設長 中岡 早苗		
定員（利用人数）	50 名		
事業所所在地	〒 5540024 大阪市此花区島屋 3-2-32		
電話番号	06 - 6468 - 7898		
FAX番号	06 - 6468 - 2803		
ホームページアドレス	https://helenkeller.jp		
電子メールアドレス	buruumu@nh-k.jp		
事業開始年月日	昭和 63 年 7 月 1 日		
職員・従業員数※	正規	8 名	非正規 17 名
専門職員※	社会福祉士 保育士	1名 2名	介護福祉士 6名
施設・設備の概要※	[居室]		
	[設備等] 食堂(多目的室)・厨房・医務室・相談室・会議室・事務所・作業室1～5・休憩室・更衣室2室・浴室・シャワー室・面会室		

※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	1 回
前回の受審時期	令和 2 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】

法人の基本理念のもと、事業所として2年前に新たに「“楽しみ”という心の栄養を提供しよう」という施設方針をだしました。

- ・利用者との信頼関係を第一に考える。
- ・利用者の権利擁護に努める
- ・利用者の希望意見を尊重し、自主性を損なうことなく支援に努める。
- ・生活に必要な基本的な力を身につけることを大切にする。
- ・情緒の安定を重視し、穏やかな雰囲気でご過ごすように努める。
- ・社会参加の機会を広げ、地域との交流を図り、快適で豊かな市民生活をおくるように支援する。

「ぶるうむ此花 八原則」

- ・「明るい笑顔」で対応します。
- ・お話は「ていねい」に伺います。
- ・サービスに関する情報を適切に提供します。
- ・決めるのは、ご利用者です。
- ・ご利用者の人格を尊重し、権利を守ります。
- ・プライバシーや個人情報を守ります。
- ・不快な言葉を使いません。
- ・全員が配慮ある対応に取り組みます。

【施設・事業所の特徴的な取組】

- ① 利用者をグループ制にすることで利用者の状態に合わせた対応をしている。一部にパーテーションをして利用者の安定を図っている。
- ② 支援記録については個別支援計画に基づいて打ち込むように様式を整備している。
- ③ 「月刊ぶるうむ」を定期的に発行している。
- ④ 家族あてに定期的に利用者の作業場面の写真と説明を入れて状況を伝えるようにしている。
- ⑤ 非常勤との個別面談を定期的に実施している（面談記録は残すこと）。

【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6年2月20日～令和6年2月21日
評価決定年月日	令和6年3月27日
評価調査者（役割）	1601B020（運営管理・専門職委員） 1601B021（運営管理・専門職委員） （ ） （ ） （ ）

【総評】

◆評価機関総合コメント

当施設は大阪市の北西端に位置し、JRゆめ咲線（旧・桜島線）の「安治川口」駅から徒歩7分、企業・工場群に囲まれた一角にあります。敷地は大阪市有地です。

数キロ先には、USJ（ユニバーサルスタジオジャパン）があり、2025年大阪万博の開催地にも近いという位置にあります。ただ、南海トラフ地震を考えると、津波の被害は100%免れない立地条件です。

施設は1988（昭和63）年7月、知的障がい者通所更生施設として開設されました。その後35年を経過して、施設や設備・備品（空調・洗面台やトイレなど）の老朽化がめだっており修理や取り替えが必要となっています。

利用者の高齢化も進み、階段の昇降が困難になってきつつあります。階下での活動空間を確保したり、グループ編成の変更などの検討を急ぐ必要があります。

事業所として「月刊ぶるうむ」を定期的に発行しています。また施設前の掲示板には季節に合わせた飾り付けをして道行く人を和ませています。施設のことに触れた内容を加えると外部の認知も高まるかと思われます。

市所有のコミュニティ広場が隣接してあります。今後積極的な活用が望まれます。

◆特に評価の高い点

① 施設長は、利用者への声掛けの必要性を強調し、あらゆるコミュニケーションの大切さを訴えています。また、非常勤職員との定期的な面談を行い、風通しのよい職場を目指しています。

② 事業所全体で「いい根の木(良い言動)」「気になる木(適切でない言動)」の集積活動を進めるなど、施設改善にむけてのアイデアを提唱しています。

③ 日々のケース記録は利用者個々の担当職員（非常勤職員を含む）が行い、サービスの実施状況が具体的に記録されています。記録様式には一人ひとりの個別支援計画が明示されており、その都度のフィードバックを可能にしています。福祉ネットワークシステムの利用で、速やかな情報の伝達と共有が図られています。

◆改善を求められる点

① 事業所の中長期計画が策定されていません。「ビジョン(展望)」といったレベルのものであってもいいと考えます。また、単年度計画は、その中長期計画に基づいたものが求められます。

② 定期的に行なわれている「非常勤職員との面談」について、記録を残しておくことが望まれます。

③ 全体会議（非常勤職員も含めた）の定期的・計画的開催が求められます。できれば、全体会議と併行して多様な「研修」の設定が望まれます。

④ 利用者に対して、定期的に満足度調査を実施することが望まれます。

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

客観的な視点や評価は、自分たちを見つめなおすとても良い機会でした。ぶるうむ此花の利用者さんは長く通われている方がほとんどで、互いに信頼感を築いてきていることは誇れることですが、その方その方の歩んでこられた道のりの過程や、成長・変化を見逃さずに新しい視点を意識した支援をしていけば、きちんと評価につながり職員の自信にもつながると感じました。また、施設で動いていることを法人や管理職だけが理解するのではなく、何事も全職員が意識するよう周知をするむずかしさと大切さに気づきました。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 ぶるうむ此花

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) ■毎月の支援目標をきめて朝礼、終礼時に全員で唱和をして意識化を図っています。■個人ごとにパートナーファイル（服務規程等）を渡して理念、運営方針、『ぶるうむ八原則』をファイリングするようにしています。基本方針は玄関をはじめ目に入るところに掲示しています。	

		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。	b
	(コメント) ■経営的には令和5年度の実績では、利用者数は44名（定員50名）となっていて、定員に近づける方向を事業計画で職員へ伝えていきます。■当施設がある此花区は他の区より人口が少ないため利用ニーズが少ないのも大きな要因と考えられています。	
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。	b
	(コメント) ■毎月の正職員会議において施設長から経営状況の説明を行っていますが、現場職員へ浸透させることには困難さを感じています。■現状で収入増につなげるため土曜日にも月に2回開いています。しかし利用者はあまり増えません（現状12名）。自力通所もしくは家族の送迎を利用条件にしていることも理由の一つと考えられます。■近時、支援学校単位の事業所見学はなく、家族が直接相談や来所することが多くなっています。グループホームからの見学はあり、令和5年度には1名が通所に結びつき、徐々に依頼ケースが増えていくと思われませんが、安定的な利用者確保は容易とは言えません。■報酬改定など、他施設の情報も集めてプログラムや時間数の見直しの検討材料としています。	

		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。		
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。	c

(コメント)	■法人においてハード面の中・長期の予算計画は策定されていますが、事業所独自の運営に関する計画は策定されていません。		
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)	■単年度の計画は策定されていますが、中長期計画を踏まえた計画策定とはなっていません。		

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、職員が理解しています。	b
(コメント)	<p>■事業計画の策定は主に施設長が行っていて各職員の関与はほとんどありません。さらに施設長の異動もあって、前年度との関連・継続性も乏しくなっています。</p> <p>■今後、あらゆる計画の策定にあたっては、まず、組織としての意見集約・反映の仕組みを定め、全職員の参画で取り組まれることが重要です。</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。	b
(コメント)	■事業計画は、年度末に行われる全体の家族会で説明され、また他の連絡郵便物に同封するなどして書面でも配付されています。		

	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

そn			
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)	<p>■今回の第三者評価受審のための自己評価には正職員全員と一部の非常勤職員が参画しましたが、「評価基準項目の内容がよくわからない」といった声も多く、自分から積極的に理解しようという意識にも欠けていた様子です。</p> <p>■全職員の参画には、受審の意味と評価結果の活用の仕方について正しく理解することがまず大切です。また、自己評価は、毎年実施することが望まれます。</p> <p>■「利用者支援基本マニュアル」「虐待防止マニュアル」「身体拘束廃止マニュアル」等は職員の議論を経て作成・見直されています。</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。	b
(コメント)	<p>■第三者評価にもとづいた改善計画については確認できません。</p> <p>■行動障がいのある利用者などが落ち着ける環境を整える「構造化」などを行って効果をあげています。今後さらなる改善への計画的な取組みが望まれます。</p>		

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。 (コメント) ■基本方針「“楽しみ”という心の栄養を提供しましょう」を踏まえた取り組みを提唱し、わくわくした思いをもつようなプログラムの活動内容を提案しています。例えば空きになったプレハブを新たな利用を提示して（「とにかくやってみよう」）実施するようにしています。 ■さらに支援現場のシステムづくりのため、副主任を「リーダー」にするなどして、意識づけを行っています。
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。 (コメント) ■区社会福祉連絡会、区自立支援協議会に定例参加をするほか、区社協の評議員を務め、コンプライアンスに係る情報なども得て自らの意識を高めつつ職員の啓発を図っています。 ■法人研修の中でハラスメント研修を2年連続で受講して職員に伝達しています。
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。 (コメント) ■上記理念や自らのアイデアの提唱による「支援環境づくり」のほか、利用者とのやり取りが『第三者からみてどうなのか?』を常に意識するよう、研修でも必ずそのことに触れ、浸透に努力しています。
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。 (コメント) ■今年度に入り月2回のペースで副主任会議を開くこととし、支援員からの意見吸い上げのシステム化（支援員→副主任→部長→施設長）を図りつつあります。 ■非常勤職員の業務範囲を広げることによって、正職員の業務の効率化と負担感の軽減を図っていく取組みを進めていこうとしています。
		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。		
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。 (コメント) ■法人の方針により正職員の退職後は非常勤職員で補充されています。そのため非常勤職員が25名（正職員7名）という構成となっています。 ■重要なマンパワーとしての非常勤職員の定着のために、定期的（年間2回）に施設長と個別面談を実施していますが、面談の記録が残されていません。 ■府社協の「福祉人材支援センター・職場体験事業」に登録していて、今年度2件の問い合わせはありましたが、雇用には結びつきませんでした。
15	II-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。

(コメント)	<p>■正職員は法人により人事評価を行っています。年間目標、中間総括、最終総括を行い、それぞれに目標難易度、自己評価達成度、上司評価達成度とリンクしています。</p> <p>■前期、後期ごとに業績考課、能力考課、意欲考課を主任以上の上司による5段階評価を行っています。この評価は自己評価と上司評価がグラフ化できるようになっています。</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
(コメント)	<p>■有給休暇の消化は計画的におこなっており希望にも叶えられています。自己評価にても「法人内の施設の中では比較的休みをとりやすい」とのことです。</p> <p>■休憩室は1階にありほとんどの職員が利用してコミュニケーションの場ともなっています。</p> <p>■「いい根の木(良い言動)」「気になる木(適切でない言動)」の集積活動(廊下に木の図を掲示し、ラベルを貼り付けていく)を設けるなどしてお互いの良い職場内環境(雰囲気)づくりに有効利用しています。</p> <p>■「楽しく仕事ができている」という職員の声が多く聞かれました。</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。

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>■毎日の朝・終礼では、月間目標を唱和し、適切なよい支援への意識化を図っています。月刊目標は「虐待防止及び身体拘束等適正化委員会」で決定され、ちなみに12月と1月は「自分の思いをやさしく言葉で伝えましょう」2月は「その言葉に思いやりはありますか」です。職員からは『有効な方法』と受けとめられています。</p> <p>■日々のコミュニケーションこそが育成の第一歩と考え、施設長や部長は普段から職員一人ひとりへの声掛けを欠かさないようにしています。</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>■事業計画には研修の重要性が掲げられており、年間計画に沿って実施されています。年間研修計画の表記を見やすくすることが望まれます。</p> <p>■研修実施状況の記録が適切に整理されておらず、評価や見直し、時期の計画に活用できるものになっていません。改善が望まれます。</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。	b
(コメント)	<p>■職員の休憩室には多様な外部研修案内が掲示されています。受講希望申し出用紙が用意されていて、研修希望の多くは叶えられています。</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。	b
(コメント)	<p>■受け入れマニュアルは作成されていません。いまのところ実習指導の有資格者がいないため「社会福祉実習」等の受け入れはしていませんが、単位認定される心理学系の大学院生は受け入れています。</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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■法人のホームページにおいて事業所の財務諸表、苦情の受付体制とその内容について公開しています。また玄関入口には苦情受付者と第三者委員が掲示されています。 	
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■法人としての税理士による監査を実施しています。現在までグループホームの実地指導はありましたが事業所への行政の監査はされていません。 ■定期的に第三者委員が訪問し利用者の声を聞く機会を設けることが望まれます。 ■広報紙「月刊ぶるうむ」の外部諸機関等への配布を検討してください。 	

	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)	<ul style="list-style-type: none"> ■施設に隣接して、利用者や近隣の保育園が利用しているコミュニティ広場があります。市の所有地で草刈り・清掃などのメンテナンスは施設が行っています。 ■周辺のごみ拾いなどをグループごとの作業活動に位置づけ、定期的に行くことが検討されています。地域交流の一つの機会・場として、ぜひ実現してください。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ボランティア受け入れの基本姿勢が明示され、ボランティアの担当者も決められていますが、「受け入れマニュアル」はありません。 ■現在、区社協からのボランティアをグループ活動の工作プログラムに1回/月受け入れ、またイベントの際には大道芸などに来てもらっています。 ■今年度の事業計画の中に「ボランティアグループの再構築」というのがあり、取り組みが期待されます。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■近くの障がい者スポーツセンターでのグループ教室（1回/月）に順番に全員が参加しています。 ■定例的な区の福祉連絡協議会に参加し、情報の収集・交換を行っています。 ■家族が抱えるさまざまな問題について、適切な相談機関を見つけにくいことも多く、代わりに事業所がその役割を担っているところもあります。 	
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。	c

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
	(コメント)	<p>■これまでは、福祉ニーズ把握を目的に行われている取組みはありません。</p> <p>■事業所利用者と職員だけで催されている「夏まつり」を、今後、家族や地域住民との交流の場に広げることによって、福祉ニーズの把握につなげるよう望まれます。</p>	
	(コメント)	<p>■事業所は福祉避難所となっていますが大地震で想定される津波では、立地上その役割は果たせません（その場合の利用者の避難場所は数百メートル先の郵便局となります）。</p> <p>■当事業所は法人の地域貢献大阪市ブロックに所属しています。障がい者対応のノウハウを基にした講演会、障がいの体験学習会（小学校等への出前講座）などの計画がありますが、コロナ状況下で実現していません。</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。		
#	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)	<ul style="list-style-type: none"> ■法人理念として「人間としての尊厳」「自己決定の尊重」が掲げられ、職員行動指針に「利用者の立場に立って支援します」と記されており、事業所内にも掲示されています。 ■利用者尊重や基本的人権への配慮に関する研修の実施、会議・委員会が開催されています。また、ポスターを作成し、目標を朝礼時・終礼時に唱和しています。 	
#	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)	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者支援基本マニュアルでは、排せつ介助の場面でのプライバシー保護への配慮が謳われています。 ■権利擁護に関する規定・マニュアルが整備され、「虐待防止チェックリスト」の活用や、関連の研修に取り組みられています。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■「月刊ぶるうむ」「施設日記」を定期的に発行し、ホームページに掲載するとともに各家庭に届けられています。また、普段の活動の様子を知らせるため「部屋新聞」を作り、グループの保護者に届けています。 ■利用希望者に対しては丁寧な説明を実施し、見学・体験利用も随時、受け入れています。 	
#	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)	<ul style="list-style-type: none"> ■家族が訪問する機会を設けるために、毎年、重要事項の説明と契約の更新が行われています。その際には利用者の日中活動を参観してもらい、職員との懇談も行われています。 	
#	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)	<ul style="list-style-type: none"> ■福祉サービスが終了した後も、利用者や家族等が相談できるようにサービス管理責任者が窓口となり、相談支援事業所や地域の関係と連絡・連携し、福祉サービスの継続性に配慮した取り組みが行われています。 	
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。	c
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者満足を把握する目的で利用者や家族にアンケートや聞き取り調査は行われていません。 ■利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を踏まえて、その向上に向けた取り組みを行うことが求められます。 	
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。		

#	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)	<ul style="list-style-type: none"> ■苦情解決の体制（苦情解決責任者・苦情担当者・第三者委員の設置）が整備されており、苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した掲示物が掲示されています。 ■苦情内容については適切に記録され、法人のホームページで公開されています。 	
#	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)	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者の相談や意見を尊重する姿勢は見られますが、具体的な手段の確保と支援の取り組みが不足しています。 ■利用者・家族との個別の話し合いの機会を持つなどの取り組みやアンケートの実施、第三者委員による聞き取り等の複数の方法や相手が用意されることが求められます。 	
#	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。	b
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■相談や意見については随時対応・解決を行う姿勢を持ち、必要に応じ部屋会議・職員会議で協議がされています。 ■苦情解決同様に利用者・家族からの意見や要望、提案等への対応についても仕組みの確立が必要であり、『相談対応マニュアル』等の作成が望まれます。 	
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。			
#	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"> ■年間のヒヤリハット・事故報告書の件数はわずかです。昨年度は非常勤職員も参加した全体会議を開催し、要因の分析、再発防止策の検討がされています。職員間の情報共有のためにも全体会議を開く必要があります。 ■リスクマネジメント会議は年に1度の開催ではなく、一定の頻度で定期的な開催が求められます。 	
#	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。	b
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■感染症の予防と発生時等の対応マニュアルの定期的な見直しに取り組んでいます。■施設内でのクラスターの発生はなく、2日間休所して各家庭を訪問し、利用者の抗原検査を実施しています。 ■BCP（事業継続計画）の観点からマニュアルの見直しも必要ですが、まずは、高齢の利用者・家族の生命と健康にとって感染症の予防と発生時の対応に関する「感染症対応マニュアル」の見直しと整備が望まれます。 	
#	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"> ■防災計画を整備し、定期的に訓練が実施されています。訓練終了後には職員のアンケートを実施し、反省点、改善点の検討が行われています。 ■海拔マイナス1.5mの地域にある立地条件から避難場所に指定されている安治川駅前新大阪郵便局まで避難訓練（移動が容易な人のみ）を実施していますが、現実味を帯びてきた南海トラフ地震を想定し、津波から身を守るためのより実効性のある訓練の実施が求められます。 	

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。	b
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者支援基本マニュアルが整備されています。マニュアルは各職員に配付されていますが、日常的に活用するために各部屋に配置するのが望ましいです。 ■併せて、これにもとづいて福祉サービスの提供が実施されているか確認する仕組みづくりが求められます。 	
#	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。	b
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者支援基本・虐待防止・身体拘束廃止の各マニュアルが今年度見直されていますが、その他のマニュアルを含めて、定期的に現状を検証し、必要な見直しを組織的に行う仕組みづくりが求められます。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者の状況を正確に把握し、ニーズを明らかにするよう適切にアセスメントが実施されています。 ■サービス管理責任者が主となり、グループ会議を開催し、職員の意見を集約し、アセスメントにもとづく個別支援計画が作成されています。 ■外部の協力も得、多職種参画のアセスメントによつての個別支援計画策定が望まれます。 	
#	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)	<ul style="list-style-type: none"> ■定期的にモニタリングを実施し、個別支援計画の評価・見直しが行われています。 ■サービス管理責任者がグループの検討会議を開催し、利用者の意向把握と同意を得るための説明が行われています。 ■保護者・家族には個別支援計画（案）と質問、希望を記入する用紙を同封し、意向確認の作業が行われています。 	
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。			
#	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)	<ul style="list-style-type: none"> ■日々のケース記録は非常勤職員を含む、担当職員が入力をしています。記録様式には一人ひとりの個別支援計画が明示されており、福祉サービスの実施状況が具体的に記録されています。 ■各部屋にはノートパソコンが設置されており、ネットワークシステムの利用で、速やかな情報の伝達と共有が図られています。 	
#	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)	<ul style="list-style-type: none"> ■個人情報保護規定・文書保存規定等により、利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関する規定が定められています。 ■利用者の個人情報の取り扱い、写真や作品等の活用については利用者・家族に説明し、書面にて「個人情報使用同意書」「法人ホームページ掲載承諾書」の確認が行われています。 	

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。	b
(コメント)	<p>■利用者自らの意思決定が少しでもできるように「待つ支援」を大切にし、利用者の日常生活の安定、身辺自立、活動プログラムの楽しみが広がるように支援が提供されています。</p> <p>■利用者の自己決定・自己選択を尊重する観点から、利用者の主体的な活動の場、利用者同士が話し合う場を設定することが望まれます。</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
(コメント)	<p>■運営適正化委員会・虐待防止委員会が定期的で開催され、活発に議論が交わされています。</p> <p>■気になることを言い合えるような取り組み（気になる木の掲示）や、職員間の良い支援・声掛けを感謝し合う取り組み（いい根の木の掲示）が進められています。</p> <p>■虐待防止チェックリストが年に2回実施され、委員会で集計されています。定期的に権利擁護についての研修が実施されています。</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。	b
(コメント)	<p>■利用者が自力で行う生活上の行為や活動は、見守り姿勢を基本とし、必要な時には迅速にかつ適切に支援することが必要です。</p> <p>■個別支援計画に基づき、介助を必要とする場面や判断については、職員間で共通認識のもと、実践することが望まれます。</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
(コメント)	<p>■コミュニケーション支援として、絵カードやスケジュール表が使用されています。必要に応じてコミュニケーション機器の活用や代弁者の協力を得る等の支援や工夫が望まれます。</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>■利用者が担当職員や1階の事務所に訪れ、施設長やサービス管理責任者に相談をする機会があります。相談内容は情報共有され、個別支援計画にも反映されています。</p> <p>■意思決定を促す支援の「待つこと」の大切さを職員間で共通認識のもと、生活支援に取り組んでいます。</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。	b

	(コメント)	<p>■個別支援計画にもとづき、軽作業や工作、創作活動、レクリエーション活動が実施されています。グループを4～5に分け、個別の楽しみや内容によってはグループを越えての活動の提供が実施されています。</p> <p>■今年度から実施したプレハブ室でのカラオケは利用者からは好評ですが、余暇やレクリエーションについては、利用者の意向に基づくことが重要であり、話し合いやアンケート等を実施して利用者の意向を把握することが望まれます。</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。	b
	(コメント)	<p>■個別的な配慮を必要とする利用者の生活や障がい状況に応じた支援方針は個別支援計画にもとづいて実施されています。</p> <p>■行動障がいへの対応はマニュアル化されていますが、支援内容の検討・見直しや環境の整備にあたっては専門職の助言を得ることや専門技術等の向上のための研修の実施が望まれます。</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。	b
	(コメント)	<p>■昼食は外部の業者へ発注されています。食事提供体制加算の内容で、主食・副食がスチーマーで温められて提供されています。</p> <p>■主食の量の調整や体調不良時のおかゆの提供がされています。季節に応じたメニューの考慮もされています。</p> <p>■感染予防の工夫として、2部制で食事を取ったり、テーブルにシールドが設置されています。昼食時には音楽が流れ、楽しい雰囲気が出ています。</p> <p>■食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として、楽しく食べられるように工夫されることが望まれます。</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。	b
	(コメント)	<p>■各室・食堂・トイレは清掃が行き届き清潔感がありますが、介助が必要な場合を考えると狭さを感じられます。</p> <p>■利用者の高齢化進行や障がい状況を考慮すると、階段での移動は困難をきたすと予想されます。階下での活動場所の確保など、ハード面での整備が求められます。</p> <p>■言動が他の利用者に影響が及ぶような場合には、一時的に静養室を使用するなどの対応がとられています。</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。	b
	(コメント)	<p>■日中活動において、ストレッチや階段昇降、広場でのウォーキングに取り組みられています。また手指機能を高めることを目的として、折り紙を貼ったり、キャップの開閉、ストロー入れ等のプログラム内容を設定しています。</p> <p>■利用者の高齢化に向け、日中活動や生活場面において、機能や能力を維持・向上する機会を増やす工夫が必要です。関係機関の専門職の指導・助言のもとに計画、実施することが望まれます。</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。	b
	(コメント)	<p>■体調変化時・緊急時の対応等については、手順や方法が明確化されています。看護師による定期的なバイタルチェックのみならず、利用者とは日々接している職員が食事や排せつ等の様々な場面において健康状態の把握に努めるとともに、日々の記録を記入し整理しておくことが重要です。</p> <p>■家庭・GHでの健康管理について、利用者・職員・家族への助言や情報の提供、共有が望まれます。</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。	b
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■嘱託医師による毎月の検診、看護師による毎週の身体測定・血圧測定、健康相談が行われています。 ■現状では医療的支援を必要とする利用者が多くはありませんが、服薬の管理、慢性疾患やアレルギー性疾患への対応等について、今後に備え、マニュアル等の整備とともに、実施手順や個別計画の策定等の準備が望まれます。 	
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。	b
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■障がい者スポーツセンターで行われる、スポーツ教室に参加し、レクリエーションを楽しまれています。 ■今後、利用者の希望と意向を尊重した買い物や外出の機会なども設定し、定型的なプログラムでなく個々の利用者のニーズに見合った社会資源を利用してのさまざまな取り組みが望まれます。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■他法人の運営するGHから10数名の利用者が通所しています。GH職員や相談支援事業所職員と連絡・連携のもと、地域生活の継続の支援が行われています。 ■家族が高齢になり、家庭での生活が難しくなりつつある利用者が多数在籍しています。より一層、行政・相談支援事業所との連携に取り組み、地域での生活が継続できるよう幅広い支援が求められます。 	
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。	a
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■家庭やGHとの日々の連絡は連絡ノートの記入や電話連絡を通して、情報交換が行われています。広報誌「月刊ぶるうむ」や日々の利用者の取り組みの様子を「室新聞」に掲載して届け、積極的に情報の提供に努めています。 ■体調不良時や急変時の家族等への報告・連絡ルールも明確にし、適切に行われています。 ■毎年の契約更新や個別支援計画の説明時に来所する家族等（家族、保護者、後見人）に日中活動の見学や意見交換の場を設けています。 	
			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)	対象が成人の事業所のため、非該当とします。	
			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)	実施事業外のため非該当とします。	
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。	—
	(コメント)	実施事業外のため非該当とします。	
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。	—
	(コメント)	実施事業外のため非該当とします。	

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	
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