

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	デイセンター ふらっぴ ショートステイ ふらっぴ	
運営法人名称	社会福祉法人 南山城学園	
福祉サービスの種別	生活介護・就労継続支援B型・短期入所	
代表者氏名	赤塚 信隆（「地域福祉支援センター 島本」センター長）	
定員（利用人数）	生活介護：30名・就労継続支援B型：15名 短期入所：10名	
事業所所在地	〒618-0022 大阪府三島郡島本町桜井三丁目4番2号	
電話番号	075	925 5223
FAX番号	075	925 5301
ホームページアドレス	<a href="https://minamiyamashiro.com">https://minamiyamashiro.com</a>	
電子メールアドレス	<a href="mailto:flap@minamiyamashiro.com">flap@minamiyamashiro.com</a>	
事業開始年月日	平成31年4月1日	
職員・従業員数※	正規 21名	非正規 5名
専門職員※	社会福祉士 7名 介護福祉士 8名 看護師 1名	精神保健福祉士 4名 保育士 2名 管理栄養士(兼務) 1名
施設・設備の概要※	[居室等] 短期入所用 12室（全個室）	
	[設備等] 食堂・利用者更衣室・厨房・パン制作工房 浴室・事務室兼相談事務室・医務室 生活介護作業室・就労支援B型作業室	

※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	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]

- ・利用者様の尊厳を守り、幸福を追求する。
- ・地域のニーズにパイオニア精神で取り組み、「共生・共助」の地域づくりに貢献する。
- ・いつでも誰もが安心して利用できる福祉サービスを創造する。

主に知的障がいのある方が、地域において安定したより良い生活を営むことができるように、また、自信をもって地域で暮らしていけるように必要な支援を行います。

## 【施設・事業所の特徴的な取組】

島本町立の「やまぶき園」(平成4年開所)は施設の老朽化が進み、その改築に伴って民間に運営が移管されました。平成31年4月、社会福祉法人南山城学園が「地域福祉支援センター 島本」を新規開設、前施設の利用者のほとんどを受け入れて、支援の継続性を重視しながら①生活介護②就労継続支援B型③短期入所④相談支援等の事業を行なっています。

JR京都線「島本」駅から徒歩10分ほどの高台に位置し、隣接の「町立ふれあいセンター」は、図書館や生涯学習の場を包含した福祉・保健・文化の総合的活動拠点で、支援プログラムに適宜活用されています。

支援に当たっては、発達検査(PEP-3)を活用してアセスメントを行い、外部の専門職のアドバイスも得ながら、エビデンスに基づき策定した計画のもと支援提供しています。

生活介護では、センター内での軽作業とともに、周辺の家庭へのポスティングを、また、B型では、パンの製造、その販売や清掃活動などで周辺地域との良好な関係を築き、障がい者理解を進める役割も果たしています。

## 【評価機関情報】

第三者評価機関名	特定非営利活動法人 NPOかなびの丘
大阪府認証番号	270040
評価実施期間	令和4年5月19日～令和4年5月20日
評価決定年月日	令和4年8月25日
評価調査者(役割)	1601B021 (運営管理・専門職委員) 1601B020 (運営管理・専門職委員) ( ) ( )

## 【総評】

### ◆評価機関総合コメント

今回、開設以来初めての第三者評価となりますが、コロナ禍のなか一年余をかけて、評価項目の全般にわたって運営や支援を振り返り、じっくりと受審準備を進めてこられたとのことです。

運営管理面は、多くの事業所を擁し幅広く多様な事業を展開する法人本部の主導によって、適正で確実にとり行われています。反面、施設固有の事情や意図が、迅速・的確に反映されない場合も考えられます。

目下の課題として、通所利用と短期入所の定員充足のことがあります。解決が容易でない主たる要因は地域属性であり、通所範囲の拡大には送迎ニーズへの対応が必須要件と言えます。マンパワーや車輛準備のことはもちろんですが、根底にはひとつの重い問題があります。

現在の送迎のコースや時刻も前施設(やまぶき園)からの継承であり、運営やサービス提供全般に「引継いだことがら」がいくつか見られるのです。これらのことは、今後、地域環境の変化などへの対応で独自色を求められる際にも、足枷となる可能性が十分に考えられます。

なお、健全経営を確かなものとするためには事業の拡張は必須の課題であり、今後、対象の拡大を含め、新たな事業への着手について早期の検討が求められます。

### ◆特に評価の高い点

◇ 研修は、計画から実施まできめ細かく行われています。受講レポートの提出期限を定めて義務づけるなど、研鑽意識の徹底を図っています。

◇ 「セルフチェックシート」を有効活用して、支援サービス(人権に配慮した接遇)の自己点検を定期的実施しています。

◇ 利用者自治会を定期的に持ち、作成した議事録は、目に触れやすい場所にある掲示板で開示しています。

◇ 諸般にわたってマニュアルが整備され、随時点検・見直しを行なって、その日付も明記されています。

◇ 特にコミュニケーションに焦点を当てた「PEP-3」の簡易版を用いるなどし、エビデンスに基づいたアセスメントが行われています。

◇ 町のガイドヘルパーの養成講座に、講師として法人・センターの職員を派遣しています。

### ◆改善を求められる点

◇ フロア内の周回が可能で、スペースの広さを自在にできるパーテーションを用いるなど、興味深いアイデアを盛り込んだ構造となっておりますが、そのことで、隣室の声や音が遮られることなく行き交い、作業や活動に集中して取り組めないという利用者の声も聞かれました。また、静かな落ち着いた環境で心身を休める休憩場所(利用者・職員とも)の確保も必要と思われ、限られたスペースでもあり、さまざまな工夫が望まれます。

◇ 常勤の看護師や栄養士は制度的に求められてはいませんが、心身に重い障がいのある方も受け入れている現状もあり、安全・安心のサービス提供の視点から、常時配置に向けた検討が望まれます。

◇ 社会福祉事業の経営者には『利用者等の苦情について適切な解決に努めること』が求められています。今後、意見箱の設置や第三者委員の複数配置と具体的な活動、また、苦情を申し出やすい配慮や工夫、苦情受付についてのシステム整備等々が早急に求められます。

### ◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

この度は、コロナ禍の中、日程を変更してのご対応を頂きありがとうございました。  
平成31年（令和元年）4月に大阪府に施設を立上げ、安心・安全なサービス提供を心掛けて参りました。丸3年経過し、区切りとして、客観的な判断を仰ぐことで、今までの辿ってきた道は間違っていなかったのか、振り返りを行い自分たちに足りないところ、まだまだ努力を重ねていかなければいけないところを把握することができました。  
今回、ご提案頂きました事案について、改善計画を基に一步ずつ推し進めて参りたいと思います。大変お世話になり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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■法人理念や行動規範等が『南山城学園職員七つの誓い』として明文化された小冊子を全職員が携帯しています。</li> <li>■施設では、職員会議(「施設会議」と呼んでいる)において、この理念等を基にしたの「ミニ討論会」を行なっています。理念を頭に入れることと、その意味を考えることを目的に、意見交換がなされています。</li> </ul>	
		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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■経営を取り巻く環境と経営状況に関しては、法人として把握・分析、課題の抽出が行われています。</li> <li>■中・長期的なビジョンもその検討結果に基づいて策定されており、センターにおいては、具体的展開について単年度事業計画として策定されています。</li> </ul>	
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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■経営課題への取り組みは、法人主導で行われています。</li> <li>■3か月に1回、法人の公認会計士による指導があります。また本部に設置されている外部監査人による指導も行われています。</li> <li>■経営状態については本部の事業報告に記載され、職員に周知されています。</li> </ul>	
		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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■法人としての中・長期ビジョンは描かれていますが、施設(事業所)ごとの計画は見当たりません。法人の計画に沿ったセンター固有の中長期計画策定が望まれます。</li> </ul>	

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)	<p>■センターの単年度事業計画は、法人の中・長期計画を基にした基本方針に沿って、重点項目、その中身、実施責任者等が明示され、わかりやすい内容になっています。</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、職員が理解しています。	a
(コメント)	<p>■職員に対しては年度初めの施設会議にて説明を行なっているほか、グループウェアを通じたり、法人が発行する「学園だより」によって周知を図っています。          ■進捗状況は、班会議などを経て施設会議において確認されていますが、計画に数値目標を掲げておくことによって、よりの確な評価・確認が可能となると考えます。</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>■利用者に対しては、自治会(4回/年開催)で、わかりやすい資料を用いて説明を行なっています。また、会議の記録は、掲示板に貼り出されています。</p>		

	<b>評価結果</b>
--	-------------

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>■法人全体で行われている「セルフチェック」(1回/年)とともに、施設独自に、敬称の使用徹底や適切な声掛けに関する「呼称セルフチェック」を実施しています。その結果は施設長が確認し、コメントを添えて職員に返えされています。また、必要に応じヒヤリングも行われます。          ■今後、チェックの実施回数を増やすことや、「呼称セルフチェック」での項目追加などが期待されます。</p>		
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)	<p>■第三者評価は、今回が最初の受審です。受審に向けて、「第三者評価のための委員会」を設けて対応してきました。          ■リスクマネジメント委員会やサービス調整会議では、現状の分析や検討、課題の抽出などに努めてきました。</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囿っている。	a
	(コメント) ■広報誌でのコメント掲載や、施設会議においては、法人全体の動向や労務管理について周知し、センターが抱える課題や今後の方向性を示唆しています。	
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) ■コンプライアンスに関する研修は、法人によって定期的実施されています。 ■管理者は、大阪企業人権協議会の「人権リーダー」認定を受けていて、研修講師を行うなどし、啓発に努めています。	
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) ■利用者支援においては、感覚統合を柱に据え、負担のない生活の追求と、特にコミュニケーションを重視し、関係を築き、よりよく継続・発展させるスキルの獲得・向上に力を注ぐことを主眼としています。管理者は、そのことに必要な体制づくりや具体的取り組みを牽引しています。	
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。	b
	(コメント) ■経営改善等については、基本的に法人本部で取り組んでいます。管理者はその状況を施設長会議等にて実情を把握しています。 ■当施設の大きな課題は「緊急ショートステイ受け入れ体制」ですが、稼働率アップにも苦慮しています。ただ、このことについて、職員意識への浸透は不十分です。 ■毎月の勤務シフトは、あらかじめ把握している職員の情報(個人情報を含めて)を踏まえて管理者が素案を示し、主任、各班リーダーと調整の上で作成されています。	
		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。	b
	(コメント) ■人材の確保に関する取り組みは法人本部で行われ、人員基準についても本部が管理・把握しています。法人は「京都福祉人材育成認証制度」の上位認定を受けています。 ■センターでは、看護師や栄養士が専任となっておらず、常在していません。制度・基準上の問題はありませんが、安全・安心なサービス提供の観点からも、前向きな検討が望まれます。	

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) ■人事評価システム(「カオナビ」)を導入し、年4回の面談(目標設定・中間・期末・フィードバック)を行なって評価をしています。エキスパート階層以上については、一次評価に必ず法人が入ることになっています。	
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) ■管理者は、職員のライフワークバランスに配慮して勤務シフト案を作成しています。 ■気軽に相談しやすい、風通しの良い職場環境との声が多く聞かれます。 ■正規職員の比率が高く、福利厚生 の質も保たれています。 ■職員の休憩場所の確保が課題です。現状はショート利用者用のリビングを使用しています。	
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) ■年4回の個別面談(①目標設定 ②中間 ③期末 ④フィードバック)を実施しています。 ■施設長への質問はメールでも行われ、その都度答えを貰うことができます。 ■施設会は形式化することなく、質疑応答の場でもあり、実利的な会議となっています。 ■利用者支援に関して、法人としてのスーパーバイズの仕組みがあり、2~3か月に1回専門職が来訪します。緊急なケースはメールやラインが活用されており、来訪頻度については、双方のキャパシティと必要性からも適度とのことです。	
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) ■職員研修については法人が主体となり、方針に基づきそれぞれの階層に合わせて計画・実施されています。パート職員も含めて全職員を対象とし、対面以外にオンデマンド、オンライン方式も取入れています。 ■研修レポートは受講後1週間以内を期限と定め、提出が義務づけられています。 ■施設内研修は土曜日の午後に固定化していますが、参加できない職員には、動画やプリント資料が提供されています。 ■特に利用者とのコミュニケーションを重視した「職員行動規範」が、職員教育の根幹となっています。行動規範については、家族にも口頭で説明されています。	
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) ■希望する研修があれば、可能な限り受講できるようになっていて、希望の有無についての打診も行われています。	



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)	<p>■実習生の受け入れは法人が集約して行なっています。社会福祉士実習指導者の配置と、受け入れのためのオリエンテーションなどの準備も整っています。</p> <p>■現在まで、当施設での受け入れ実績はありません。</p> <p>■実習生等の受け入れは、専門職の育成にとって重要で、施設としての「社会的責務」といった見方があり、サービスの向上や透明性の確保、人材の確保にもつながる事業所の利益に通ずるものでもあります。今後、積極的な受け入れに向けての検討を期待します。</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>■苦情・相談の中身に関しては、ホームページ等では明らかにされていません。苦情等の内容をカテゴリーに分けて各々の数を示すなど、個人情報等には細心の配慮をしながらも、可能な限りの開示に向けた工夫・努力が望まれます。</p> <p>■一般住民が情報を得やすいホームページは頻繁に更新し、最新情報の発信が大切です。身近な存在として関心が高まるよう、より有効に活用されることが期待されます。</p>	
22	II-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a
(コメント)	<p>■法人に専属の「公認会計士」を置き、指導がなされています。さらに外部監査人も導入し、経営・運営の適正化に努めています。</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>■隣接して町立の「ふれあいセンター」があり、プールを通所利用者の水浴活動で使用し、学習室や研修室を職員が利用しています。また、ふれあいセンターからは、利用者に対する健康体操(「百歳体操」)の指導に来てもらっています。</p> <p>■障がい者理解のための小学校や中学校への啓発活動については、構想の段階にあり、今のところ具体的な展開には至っていません。</p> <p>■B型事業活動の成果物の「パン」を地域に向けてPRし販売、好評を得ています。</p>	
24	II-4-(1)-② ボランティア等の受け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>■法人として受け入れの規定を設けています。施設では主任が担当者となっています。これまで、1日~2日でのインターシップの受け入れが行われています。</p>	

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)	<p>■支援学校による事業説明会には出向いてセンターの説明を行なっています。不定期ですが、体験実習も受け入れています。</p> <p>■卒業生のニーズとして「送迎付き通所」がありますが、現体制上では、島本町以外への送迎対応は極めて困難です。安定的な利用者数の確保という面からも、今後の重要な課題です。</p> <p>■町との関係では、町役場職員の研修会に講師を遣っています。また、コロナ禍以前には、町主催の「ガイドヘルパー養成講座」があり、法人や施設から講師を派遣してきました。</p> <p>■他施設との情報共有の場として「島本町自立支援協議会」があります。今後、ニーズに関する情報以外にも、より多様な活用が望まれます。</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	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)	<p>■町として子ども食堂再開計画の会議が持たれており、その場への参加などでも地域の福祉ニーズの把握がなされています。</p> <p>■地元の保育園や小学校を対象とした「親子のパン作り教室」を次年度にむけて計画していますが、コロナ禍により準備作業が中断を余儀なくされています。</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>■町の福祉避難所となっており、2階を利用することにしていますが、効率利用のためにパーティションを多用している現状など、構造上の課題については今後検討を要します。</p> <p>■ある時期、コロナ禍による一部の生活困窮者へのパンの無償提供を行なってきました。今後は、関係機関との連携により、対象範囲などを明確にした公平なシステムとしての展開を期待します。</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>■法人理念と職員が目指すべき行動基準（7つの誓い）に、利用者の尊厳を守り、利用者の理解に努め、質の高い個別サービスを追求する姿勢が明示されています。</p> <p>■人権に関する研修が実施され、権利擁護・接遇についてのセルフチェックが行われるなど、職員が学び、自らのありようを確認する仕組み・機会が設けられています。</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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ショートステイでは、男性と女性のフロアが分けられていて、夜勤は同性職員が配され支援に当たっています。</li> <li>■プライバシー保護に関する研修も実施されています。</li> <li>■入浴・排泄時など生活場面におけるプライバシー保護に関して、支援マニュアルへの記載が期待されます。</li> </ul>	
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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■法人として、ホームページ・フェイスブック・インスタグラム等のSNSが整備され、事業所のサービス内容が写真・イラスト・動画を用いて、分かり易く説明されています。</li> <li>■事業所独自のパンフレットを作成し、社協に置かれたり、支援学校にも配布されています。</li> </ul>	
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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■契約書や重要事項説明書の文書ではルビが振られ読みやすい書面となっています。</li> <li>■本人が説明を理解したり契約を結ぶことが困難な場合には、成年後見制度が利用されています。</li> </ul>	
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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■前事業所（町立やまぶき園）から事業継承した際には、すべての利用者と面談を行い、サービスの継続性に配慮した記録・資料を作成し、全職員での情報共有が図られました。</li> <li>■引き継がなかったケースについても、相談員が窓口となり、地域生活のフォローアップがなされています。</li> </ul>	
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。			
33	Ⅲ-1-(3)-①	利用者満足の上昇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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■利用者満足についてのアンケート調査を実施し、その結果は、行事の計画等に活用されています。また、利用者自治会においても、イベントの内容や要望などが確認されています。</li> </ul>	
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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■苦情解決に係る体制整備や、解決手順・結果公表等への取り組みが不十分です。</li> <li>第三者委員の複数化、連絡先の明示とともに、利用者や家族が苦情(要望)を申し出やすい環境の整備が求められます。</li> </ul>	
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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■利用者自治会が定期的に関催され、意見や要望が聴取されています。</li> <li>■意見箱の設置や第三者委員による面接、その他多様な方法での「声」の収集が可能な体制・仕組みの整備と、さらなる相談しやすい環境づくりなどが望まれます。</li> </ul>	

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"> <li>■サービス種別ごとに課題・対応策・評価などが、メールによって素早く組織的な情報共有が図られています。</li> <li>■利用者等から意見や要望・提案を受けた際の、具体的な対応の仕方や内容検討の手順、記録、フィードバックや開示など、一連の対応方法については、苦情解決と同様にマニュアルの整備が必要です。</li> </ul>	
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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■リスクマネジメント委員会を設けて毎月会議が持たれ、ヒヤリハット・事故報告書の確認、対応策の検討が行われていて、会議の記録は全職員に回覧されています。</li> <li>■法人全体での拡大リスクマネジメント委員会があり、他の事業所での事例や取り組み等の情報を得ることができています。</li> </ul>	
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"> <li>■感染症対応マニュアルが作成され、研修を持って周知・確認が行われています。</li> <li>■法人として、医療専門職による研修会をオンラインで実施し、受講できない場合にはオンデマンドで対応しています。</li> <li>■「強化月間」を設け、ポスター啓発や予防策の徹底周知に努めています。</li> <li>■職員・利用者に対して感染症予防ワクチンの接種を推奨し、希望者は、法人内診療所での接種が可能となっています。</li> </ul>	
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"> <li>■消防計画に沿って、地震・火災（夜間を含む）を想定した避難訓練が年3回実施されています。</li> <li>■全職員が安否確認メール(ALSOK)に登録し、災害時に連絡を取り合える体制を整えています。</li> <li>■法人では、不定期に通報訓練を実施し、有事に備えています。</li> <li>■栄養士と連携し、備蓄職の整備が行われていますが、地域の福祉避難所となっており、食料だけでなく、生活用品の準備も必要です。</li> </ul>	

			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"> <li>■各種支援マニュアルが整備され、それらをベースに各々の障がい特性に配慮したサービスが実施されています。</li> <li>■マニュアルはすべての職員に配付され、施設内研修においてロールプレイを実施するなどして、周知徹底を図っています。</li> </ul>	
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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■事業・班別会議やリスクマネジメント委員会での協議内容を基に、課題の共有、検討とともにマニュアルの見直しも行われ、周知がなされます。それぞれのマニュアルには、改訂の日時も明記されています。</li> </ul>	

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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■個別支援計画の策定は、まずはアセスメントシートやニーズ整理表の作成から始められます。</li> <li>■発達検査（PEP-3）やその簡易版を実施するなどし、利用者のニーズや希望をより適切に把握して、エビデンスに基づいた効果的な支援につなげています。</li> </ul>	
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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■モニタリング実施月以外にも、担当者は月ごとに支援計画の進捗状況を把握して、管理職やサービス管理責任者が参加する「サービス調整委員会」に臨み、状況確認や課題の抽出等に取り組んでいます。</li> </ul>	
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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■法人全体に福祉サービス専用の記録ソフト（「福祉見聞録」）が導入されており、記録入力だけでなく、項目別やキーワード検索が容易となっています。</li> <li>■各事業・班別会議の協議内容は議事録が作成されて全職員が閲覧でき、「閲覧済み」を確認する押印欄も設けられています。</li> </ul>	
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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■法人として文書管理規定が整えられています。日々の支援記録は「日誌」として出力され、管理職や主任が目を通して押印しています。</li> <li>■個人情報の取り扱いに関するガイドラインを読み合わせしたり、プライバシー保護についての研修も実施されています。</li> <li>■利用契約時には、個人情報の取り扱いや写真掲載について、同意書が交わされています。</li> <li>■個人情報保護の法律が改定され、情報の移動(出し入れ)の確実な把握が必須となっています。ぜひ確認しておいてください。</li> </ul>	

# 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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■日々の作業活動は、利用者の意向を尊重しながら、自発性の向上を促す支援が行われています。余暇活動についても同様に、利用者自身が選択できるよう支援がなされています。</li> <li>■喫煙を希望する利用者に対しても、相談のうえ、一定の時間と場所を確保し、寄り添った支援に努めています。</li> <li>■利用者自治会が設けられ、意見・要望などを聞き、話し合われています。</li> <li>■権利擁護に関する理解を深める機会として、毎年複数回の職員研修が持たれています。</li> </ul>	
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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■法人全体で、権利擁護に関するセルフチェックが実施されています。加えてセンター独自にも行ない、権利擁護の観点から日々の業務のありようを点検しています。</li> <li>■倫理研修、権利擁護研修が毎年実施され、受講が義務づけられています。</li> <li>■身体拘束に関するマニュアルも整備されています。実際の運用事例はありませんが、周知し理解の徹底が図られています。</li> </ul>	
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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■利用者が自力で行う生活上の行為は、見守りの姿勢を基本とし、必要が生じれば迅速に対応・支援されています。</li> <li>■連絡帳には通所日のスケジュール管理ができるようカレンダーが添付されています。</li> <li>■ショートステイを活用し、生活リズムを整え、時間管理を支援し遅刻の解消を図ったり、身のまわりの整理整頓の習慣づけなどを目指す取り組みも試みられています。</li> </ul>	
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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■利用者の障がい特性に応じて絵カードやスケジュール表などを作成してコミュニケーションツールとしたり、見通しが持てるための支援がなされています。また、給食の選択メニューの確認でも、写真やイラストを用いています。</li> <li>■発達検査(PEP-3)の中からコミュニケーションの部分抜き出した「簡易版」を用いて、アプローチ方法の模索に役立っています。</li> </ul>	
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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■相談室や3階のリビングなど、話しやすい環境をを用意して相談に応じています。</li> <li>■相談の内容は記録ソフトに入力し情報共有を図っています。支援方法の見直しや支援計画に反映されることにもなります。</li> </ul>	

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>■個別支援計画を基に、利用者自治会等での希望や意見などを加味して支援提供されています。菓子づくりをはじめレクリエーションを定期的を実施し、周辺の散歩や隣接の図書館の利用なども行なっています。</p> <p>■各事業・班会議では、日中活動を含めた支援全般についての検討・見直しが定期的になされています。</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>■支援の向上を目指し、障がい理解や介護技術などの知識が得られるようにプログラムされた研修が実施されています。</p> <p>■法人として、強度行動障がい支援者養成講座をマネジメントし、センター職員も受講しています。また、外部の専門職による巡回スーパーバイズを実施、専門技術の向上を図っていて、その成果としての事例報告も行なわれています。</p> <p>■利用者が呈する行動障がいの記録に基づき、支援の内容・方法の検討・見直しや環境整備が行われています。</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>■食事に関しては、管理栄養士・厨房との連携で、選択メニュー・適温管理・アレルギー対応・誤嚥防止等に取り組み、また、必要に応じて、食器の形状や座席の工夫も行われています。</p> <p>■管理栄養士の勤務が月に1日ということです。また、外部委託業者を交えた給食会議は年2回となっています。より利用者一人ひとりの状況に配慮した支援のためにも、双方ともに回数増が期待されます。</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>■食堂・浴室・トイレはいずれも明るく、適温で清潔に保たれていて、施設内のあらゆる個所にオゾン発生装置が設置され、3階のショートステイ各居室とリビングには空気清浄機が置かれています。</p> <p>■日中活動で思い思いに過ごせて、また休憩ができるスペースがほしいという利用者の声がありました。今後、その思いに応える取り組みや工夫が望まれます。</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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■個別支援計画に基づき、隣接する「町立ふれあいセンター」のプールを利用しての水中歩行など、OTが作成した個々の運動プログラムを実施しています。</li> <li>■OTによる「感覚統合訓練セミナー」を持ち、ケースごとのアドバイスも受けています。</li> <li>■定期的に町の保健師を招き、健康体操(「百歳体操」)を行なっています。</li> </ul>	

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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■毎朝通所時に検温が行われています。体調や各々の場面での様子など、情報交換は連絡帳を介してなされています。</li> <li>■月1回、医師・看護師の巡回があり、バイタル記録や必要に応じ活動場面での状態を確認しています。また、歯科衛生士による定期的な口腔ケアが実施されています。</li> <li>■センター内研修では、緊急時の対応方法やマニュアルの再確認が行われています。</li> </ul>	
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"> <li>■服薬の支援マニュアルが整備されています。日々の昼食時には、与薬する職員が固定配置されるなど、徹底してミスの防止に努めています。</li> <li>■てんかん発作への対応方法が確立しており、頓服薬も準備されています。</li> <li>■医療的な支援を必要とする利用者も数名おられます。安全・安心な支援体制に向け、看護師が勤務する時間を少しでも増やすことが望まれます。</li> </ul>	

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"> <li>■パンの販売を通じた挨拶や接客対応のあり方、駅前や公共施設の清掃等地域活動のなかでの適切な振る舞いなどを写真で示して、社会スキルの具体的な理解を促す取り組みがなされています。</li> <li>■コロナ禍のなかではあっても、地域のイベント情報を提供し、十分な感染対策を行なったうえで、可能な限り参加するよう努めています。</li> </ul>	

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。	a
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■併設する相談支援事業所との連携・調整をしながら、社会福祉協議会その他の関係機関と協力し、地域生活の継続に向けた支援を行なっています。</li> <li>■グループホーム居住者や単身で生活する利用者とは連絡を密にし、日常の相談はもとより、各々のニーズに沿った緊急時のバックアップ体制が用意できるよう、多方面から検討に取り組んでいます。</li> </ul>	

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"> <li>■家族との情報交換は、日々の連絡ノートが中心ですが、重要な連絡事項や特別な案内などは、伝達の漏れがないよう、必要に応じ文書を作成して周知を図っています。</li> <li>■保護者懇談会の開催や満足度アンケートの実施により、意見や要望を吸い上げています。</li> <li>■年4回発行の広報誌では、利用者の様子を写真で伝えられています。</li> </ul>	



		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)	<p>■各班の会議においては、利用者の意向を尊重しながら、個々の能力や適性に配慮し、作業内容、支援方法についての検討がなされています。</p> <p>■パン工房では、梱包、ラベル貼り、衛生管理の方法などを、利用者に分かり易いように写真等を用いた指示書が作成され、障がい状況に応じた可能性を引き出す支援に努めています。</p>	
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)	<p>■工賃については規定を整え、利用者には分かり易く丁寧に説明し、同意を得たうえで、適切に支払いがなされています。</p> <p>■工賃検討会議が持たれ、販路拡大や新規作業の開拓などの取り組みについて検討・議論が重ねられています。</p>	
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	
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