

## 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	障害者支援施設 摂津市立みきの路	
運営法人名称	社会福祉法人 摂津宥和会	
福祉サービスの種別	施設入所支援、生活介護、短期入所 日中一時支援事業	
代表者氏名	松嶋桂子（理事長）、大野孝浩（施設長）	
定員（利用人数）	35 名 ★短期入所5名含む	
事業所所在地	〒 566-0032 摂津市桜町2丁目1番7号	
電話番号	072 - 632 - 2203	
FAX番号	072 - 632 - 2668	
ホームページアドレス	<a href="http://www.settsumikinomichi.org/info_miki.html">http://www.settsumikinomichi.org/info_miki.html</a>	
電子メールアドレス	<a href="mailto:mikinomichi2@hcn.zaq.ne.jp">mikinomichi2@hcn.zaq.ne.jp</a>	
事業開始年月日	平成14年4月1日	
職員・従業員数※	正規 22 名	非正規 21 名
専門職員※	介護福祉士11名、社会福祉士3名 訪問介護員9名、社会福祉主事5名 保育士5名、理学療法士1名、准看護師2名 栄養士1名、臨床心理士1名	
施設・設備の概要※	[居室] 個室12室、二人部屋12室	
	[設備等] 食堂2、浴室2、調理室2、更衣室2、医務室1 静養室3	

※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	平成 25 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】

### 「法人基本理念」

障害のある人もない人も、高齢者も子どもも、住み慣れた地域で共に支えあい生活し、一人ひとりが心に描く幸せを大切に、安心して適切な福祉サービスの提供と社会づくりを目指します。

### 「事業所運営理念」

1. 利用者の方々の個性・人権を尊重し、利用者の方々が地域生活において安心と楽しみを感じて頂けるような家庭的な雰囲気を提供します。
2. 利用者の方々、一人ひとりが主人公になれるように地域生活を提供いたします。
3. 小さい声にも耳を傾け、スタッフ全体での課題解決に努めます。
4. スタッフは“支援者”ではなく、“暮らしのパートナー”として利用者の方々に接します。生活ルールも利用者の方々が主体で決めて頂くようサポートいたします。
5. 地域の一員であるという認識で、地域活動にも積極的に参加するとともに、スポーツや文化活動への参加を図り、積極的な社会参加をすすめていきます。
6. 各種機関との連携や協力を密にとり、利用者の方々の“生活の質”の向上に努めます。生活上の安全の確保に努めます。

## 【施設・事業所の特徴的な取組】

1. 摂津市内の中心部にあり、交通の便が良く、地域に根差した施設です。平成14年4月、知的障がい者の施設として開設しましたが、地域の皆様の思いを受け、身体障がいのある方の受け入れができるよう、設備面の整備も行ってきました。また、生活介護（通所）を利用されている方や、地域で生活されている方が利用できる短期入所を併設しており、それぞれが利用されている事業所とも連携しながら、安心して楽しく生活できる施設を目指してきました。
2. 利用者の高齢化、重度化に伴い、生活の支援や精神面の支援だけでなく、身体面、医療面の支援が多くなっています。そのため、看護師、理学療法士、医師との連携を重視し対応に努めています。また、利用者のニーズ等に合わせた個別の支援を増やし、利用者が住み慣れた場所で安心、安全で楽しい生活が送れるような支援に努めています。
3. 平成27年4月に法人合併し、法人内には「障がいのある人もない人も、高齢者も子どもも」利用できる施設や、相談支援事業所があり、法人全体で、地域で生活されている方々のトータル的な支援を目指しています。特に、相談支援事業所との情報共有、連携を密に行い、入所されている方や、地域のみなさまからのニーズ等に対応できるようにしています。平成29年度からは、「地域生活」と「社会貢献」に取り組みます。地域生活支援拠点事業・しあわせネットワーク等の各事業を実施します。

**【評価機関情報】**

第三者評価機関名	大阪府社会福祉協議会
大阪府認証番号	270002
評価実施期間	平成29年6月22日～平成29年9月4日
評価決定年月日	平成29年9月4日
評価調査者（役割）	1602B037（運営管理委員） 1201B024（運営管理・専門職委員） 1601B048（専門職委員） （ ） （ ）

## 【総評】

### ◆評価機関総合コメント

「摂津市立みきの路」は、平成14年に摂津市内の障がい者団体が中心になって開設された入所・通所施設です。入所の定員は30名で、利用者は主として重度の知的障がいがある方ですが、身体障がいの方も受け入れています。「みきの路」の名前は、障がい者福祉施設の拠点として木の幹から枝が出て茂っていくように、また、利用者が人生を切り開いて自立して歩いていくための通過施設となってほしい、との願いに由来しています。

平成27年4月に法人合併した社会福祉法人摂津宥和会が市の指定管理者として運営を行っており、施設入所支援、生活介護、短期入所、日中一時支援事業を実施しています。施設は3階建てで、3階が男性フロア、2階が女性フロアで、1階が通所スペースと事務所等になっています。場所は大阪モノレール沢良宜駅から約600メートル、中央環状線と嘉円公園の間に位置し、交通の便の良い立地となっています。

現在は「地域生活支援拠点」として準備を進めており、法人本部も施設内に開設され、摂津市の障がい福祉の中核的存在としてさらなる貢献が期待されています。

(注) 判断基準「abc」について、(a)は質の向上を目指す際の目安となる状態、(b)は多くの施設・事業所の状態、(c)はb以上の取り組みとなることを期待する状態、に改訂されました。即ち、(b)が一般的な取組水準となり、従前に比べて(b)の対象範囲が広がります。また、改正前に(a)であった評価項目が改正後の再受審で(a)を得られなくなる可能性もあります。

### ◆特に評価の高い点

#### ■施設長の職場づくりの姿勢と職員への意識浸透

施設長は「やりがいと働き甲斐のある職場づくり」を目標に掲げ、自らが直接に勤怠の実情把握を行ったり、様々な場面での職員との対話を進める等、その考え方や姿勢が職員意識に浸透しています。

#### ■質向上のための複合化したPDCAサイクル

提供する福祉サービスの質の向上のために、会議での定期的な話し合いに加えて、「指定管理評価シート」「自己チェックシート」「行事アンケート」という複数の仕組みを通じて、課題の共有や改善策の作成・実施・見直し等を実施しています。

#### ■専門職の配置

医師・看護師・臨床心理士・理学療法士が配置されています。嘱託医との連携や緊急時の体制、相談機能等が充実しています。また、利用者の自己表現・自己選択の手段として臨床心理士による絵画教室や音楽療法士による音楽会を開催しています。

## ◆改善を求められる点

### ■利用者・家族等への理念・基本方針、事業計画の周知

最近では家族会が開催されていないため周知ができていません。機関誌の活用や、事業所がイニシアティブを取ることで家族と話し合う機会（懇談会等）を設定し、伝えていくことが求められます。利用者本人への周知に関しても、直接に関連する事柄に焦点を絞り、印刷物のビジュアル（イラスト・写真・絵）化やカラー化、タブレット端末の活用等、シンプルでわかりやすくする工夫をして、伝えていくことが求められます。

### ■利用者との対話の促進

利用者の個別の希望には丁寧に対応していますが、利用者との話し合いの場が設定されていません。例えば食事に関することについて、一緒に検討するなどの取り組みが求められます。

### ■苦情の範囲と公表

「家族・親の想い記録票」の中には苦情として認識できるものも含まれています。それらについては内容及び解決結果等を、申し出た利用者や家族等に配慮したうえで公表することが求められます。

### ■倉庫の整理・整頓

倉庫の整理・整頓が不十分となっています。緊急時の備蓄品が倉庫の一番奥にあり、速やかに搬出しにくい状態で、日頃からの「5S活動（職場環境改善の際に用いられるスローガンで、整理・整頓・清掃・清潔・しつけの5つの事項を指す）」の推進が求められます。

### ■支援マニュアルの内容の再点検

現在備えられている主要な支援マニュアル（食事準備・提供、入浴、排泄等）は、マニュアル作成の研修会で学んだ手法・手順に従って作成されています。作成プロセスが重要である「マニュアル」を、現場スタッフが力を結集して作りあげたことには大きな意味があります。しかし、内容については、詳細すぎる面と主要な視点が抜け落ちている部分が混在しています。「マニュアル」は、提供しているサービスの内容・質について、それが正しいものなのかどうかを検証するための拠り所や、照らし合わせる際の根本になるべきものです。現在の支援マニュアルが、そのようなフィードバックに供し（耐え）得るものとなるよう検討が求められます。

### ■法人内の体制の整備

法人合併から2年を経過しましたが、未だ諸側面で「定め」や「仕組み」が安定せず、スムーズな運用に至っていないところがあります。新たな事業への取り組みを行う一方、内部の体制整備を進めていくことが望まれます。

## ◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回、施設としては二回目の第三者評価で、法人合併後初めての受審となります。

開所以来、15年が経つ中、評価を受けた内容をもとに、マニュアルや取り組みの検討・見直しを図りながら、支援の質的向上に努めます。早速、受審時のアドバイスを取り入れ、次年度の予算作成にあたり、現場からアクションプランを提出してもらい、PDCAサイクルを回しながら取り組んでいきます。

今後も、利用者や家族・支援者との話し合いを大切にしながら、「一人ひとりの素敵な笑顔と、いきいきと暮らす楽しい生活を大切にします。」をスローガンとして、引き続きサービスの向上に取り組んでいきます。

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。		
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)	<p>■法人・事業所の理念・基本方針等は各々のホームページに記載し、事業所のものについてはルビを振って施設内に掲示しています。また、事業所のスローガンをパンフレットに記載しています。</p> <p>■職員への周知については、資料として配付し、平成27年4月の法人合併時に説明をしています。また、新人職員には入職時の研修で伝えています。今後は、現在実施している「自己チェックシート」への項目の追加や個人面談等により周知状況を確認し、継続的に取り組んで行くことが望まれます。（「自己チェックシート」への追加の際には、個人情報保護など、第三者評価の項目を再確認し、可能なものは取り入れていくことで、PDCAのさらなる促進についても併せて検討してみてください。）</p> <p>■家族等へは法人合併時に行われた家族会で話をしています。今後は、わかりやすく説明した資料を作成するなどの工夫を行い、利用者や家族への継続的な周知が望まれます。</p>	

		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対応している。		
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)	<p>■大阪府社会福祉協議会や大阪知的障害者福祉協会の部会に参加し、社会福祉事業全体の動向について把握・分析しています。</p> <p>■指定管理を受託している関係から行政と連携を取り、市の福祉計画等の動向や内容を把握・分析しています。また、市の自立支援協議会代表者会議のメンバーとして、地域課題の把握に努めています。</p> <p>■毎月、利用状況やコスト分析を行うとともに、予算・決算時期には総合的な経営分析を実施しています。</p>	
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)	<p>■課題に関連しては、平成29年度事業計画書の「運営方針」において、危機管理（防犯・防災）、福祉サービスの質的向上に向けた体制整備、生活介護における「ひびきはばたき園（同一法人内の通所事業所）」との連携・再編、設備の経年劣化、「地域生活支援拠点」としての体制づくり、等を掲げています。また、人材の確保や地域貢献（CSW：コミュニティソーシャルワーカー）についても課題として取り組んでいます。</p> <p>■これらについてはリーダー会議で検討し、全体会議で話を行い、重要な事柄については全職員への資料配付により周知をしています。また、年度初めと中間期に理事長等への説明の機会を持ち、共有を図っています。</p>	

		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。		
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)	<p>■平成27年12月に5か年計画の中期ビジョンが策定され、「事務・事業の統一化と施設間交流」「施設的环境整備」他の合計10項目について明文化し、必要となる財源・予算を示しています。「計画は2年ごとに進捗状況を確認しつつ、必要に応じて見直しを行う」と明記しています。</p>	
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>■単年度の事業計画書は、中期ビジョンに基づき、緊急性や必要性を勘案して策定しています。計画は実行可能な具体的な内容で、実施状況が評価できるものとなっています。</p>	
I - 3 - (2) 事業計画が適切に策定されている。		
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)	<p>■事業計画はリーダー会議で次年度の方針を管理者が説明し、各部署による予算立てを行い、それを集約・調整し行政への説明を経て全体会議で周知しています。今後は、予算（金銭）だけでなく、各部署が主体的・重点的に実施していく事項（アクションプラン）を取り込んだ計画づくりを行うことが望まれます。</p> <p>■計画期間中における事業計画の振り返りは、リーダー会議等で行われています。</p>	
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)	<p>■事業計画は家族会で重点課題を説明していましたが、最近では開催されていないため伝達できていません。事業所がイニシアティブを取ることで家族と話し合う機会（懇談会等）を設定し、理念・基本方針とともに周知していくことが求められます。また、機関誌のさらなる活用もご検討ください。</p> <p>■利用者本人への周知に関しても、直接に関連する事柄に焦点を絞り、印刷物のビジュアル（イラスト・写真・絵）化やカラー化、タブレット端末の活用等、サンプルでわかりやすくする工夫をして、伝えていくことが求められます。</p>	

		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。		
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>■フロア会議にてサービスや支援内容について月1回定期的に話し合い、その結果をリーダー会議にあげて状況確認や評価、検討を行いながら、PDCAサイクルにもとづく取り組みを実施しています。</p> <p>■月末に職員が「自己チェックシート」を記入しています。一人ひとりが当月のフロア目標の達成状況や支援内容を振り返るとともに、集計して全体での傾向を把握・分析しています。</p> <p>■毎年「指定管理者評価シート」に自己評価を記入し、行政によるヒヤリングと評価を受けています。</p> <p>■家族が参加する規模の大きい行事については、「アンケート」として実施後に職員が利用者や家族の言葉や反応を分析し記録しています。</p>	
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)	<p>■サービス実施状況の会議での定期的な話し合い、「指定管理評価シート」、「自己チェックシート」、行事の「アンケート」による振り返りの結果を受けて、職員間での課題の共有や改善策の作成・実施・見直し等を行っています。なお、「指定管理評価シート」について、評価結果にもとづいて改善策や改善計画を策定する際には、さらなる職員の参画が期待されます。</p> <p>■前回受診した第三者評価の結果の活用については確認ができず、今回は何らかの改善活動に繋げ、記録として残しておくことが望まれます。</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。		
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)	<p>■リーダー会議、全体会議や機関誌等で、ビジョンや事業方針等を説明して周知を図っています。</p> <p>■業務分掌に管理者が担う役割を明文化しており、会議で話をしています。</p> <p>■有事の際については、危機管理マニュアルに管理者の役割と責任を明記しています。</p>	
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)	<p>■「職員倫理綱領」「職員行動規範」を定めています。</p> <p>■法令遵守に関連して、管理者は職員倫理、虐待防止・権利擁護の外部研修や、大阪知的障害者福祉協会の部会、安全運転管理者としての講習に参加し、職員にも人権研修や食中毒・感染予防等の研修を受講させています。外部研修の内容については、全体会議で伝達研修を行うとともに、パワーハラスメント・セクシャルハラスメント、個人情報保護と虐待防止等については外部講師による施設内研修を実施しています。また、事件・ニュース等の記事や入手した情報を回覧するなど、職員の意識づけに努めています。</p>	



II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。

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>■グループ活動会議やリーダー会議等に毎回参加して、サービス内容と質について把握・評価し、支援員と一緒に検討を行って改善策を明示するとともに、その意見を反映するよう取り組んでいます。</p> <p>■「グループ活動（入居・通所の生活介護利用者を区別せず、障がい者の特性等によって5つのグループに編成して日中活動を行う取り組み）」の導入や、「ひびきはばたき園」との交流（会議、研修、行事）、継続的な絵画教室等の新たな取り組みを行い、福祉サービスの質の向上に向け指導力を発揮しています。</p> <p>■各グループが年1回施設内研修のテーマ・内容を自ら立案して実施するようにしています。また、サービスの専門性を高めるために資格取得状況を確認し、未取得者には助成制度の利用を促しています。</p>	
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
<p>(コメント)</p> <p>■管理者は、職員の「年休報告書・超勤報告書・タイムカード」の確認、賃金計算等の人事・労務管理、並びに収支分析や予算管理を自ら行うことで、経営の状況を理解しています。</p> <p>■シフト制の勤務により夏期休暇（3日間）の取得が困難であるため、年間を通じて取得できるように法人に働きかけて実現しました。</p> <p>■重度障害者支援加算・処遇改善加算への取り組みの他、防犯対策としてハード面（防犯カメラ、電子錠、防犯セット、夜間の機械警備等）、ソフト面（マニュアル、警察との訓練等）の整備を行い、業務支援ソフトの導入、インターネット利用のための環境整備、「ひびきはばたき園」との合同送迎、ランニングコストの安いカラーコピー機の導入と機関誌のカラー印刷等、業務の改善や実行性の向上に向けて指導力を発揮しています。</p> <p>■法人合併して2年余り、内部の体制や仕組み、業務の進め方等には課題が残っています。さらなる取り組みが望まれます。</p>	

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。

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
<p>(コメント)</p> <p>■「人材育成&amp;研修計画」が策定され4条項の「求める職員像」を端的に示し、またキャリアパス体系を備え、一人ひとりの評価にも力を注ぐ等により、着実に育成に努めています。ただ、人材確保は必ずしも安定的とは言えず、リーダー会議ではほぼ毎回の議題にあげて現状確認がなされています。</p> <p>■社会福祉事業全般が確保困難に直面するなか、他法人との情報交換をさらに活発化して、より効果的な方策のためまね工夫と模索が望まれます。</p>	
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>■キャリアパス体系を示すと同時に、法人共通の「副主任（副主査）昇任選考」が要綱のもとに実施されています。</p> <p>■給与とのリンクはありませんが、一定の基準に基づいた「人事評価」がなされ、定期的な個人面談も行なわれて、職員の意向や提言にも耳を傾けています。</p>	

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。

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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■施設長自らが勤怠管理に携わり、有給休暇の取得状況や超過勤務の実態把握に努めています。</li> <li>■主としてメンタル疾病回復者の「職場復帰支援に関する規程」を整えています。日常の相談がしやすい窓口や担当者の明確化や、メンタルヘルスについて一定のスケールを用いた評価・判定の実施が望まれます。</li> <li>■時間休暇を取り入れるなどの配慮がなされていますが、一方で、数か月のデータを見る限り、2、3名の職員に超過勤務の偏りが見られます。実態の再確認が望まれます。</li> <li>■職員からのヒヤリングでは「働き甲斐」や「働きやすさ」について肯定的な声を確認しました。管理者としても「施設の魅力を高めるとは？」に対して、具体的に言語化していくことが望まれます。</li> </ul>	

II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

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。	b
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■職員一人ひとりの育成に向けた評価の仕組みは、明確に目標管理と呼べるものには至っていませんが、丁寧な面接を行いながら、成長の確認がなされています。</li> <li>■不適切な支援をなくすことを意図して作成された「自己チェックシート」は、毎月の提出が義務づけられています。シートに設けられた意見欄に施設長代理がコメントを記載した後に本人に返され、上下のコミュニケーションツールとしても活かされています。</li> </ul>	
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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■施設が求める専門職の資格取得に対しては、助成・支援制度等が設けられています。</li> <li>■構成割合がほぼ同数である正規、非正規職員間で、教育研修のあり方に差が認められます。利用者への対応内容には決定的な差はなく、長期在職の非正規職員もいます。研修の機会提供について検討が望まれます。</li> <li>■社会動向や話題性に鑑み、随時研修テーマが練られていますが、係や担当者を置くなど、仕組みとして内容の検討を行うことが望まれます。</li> </ul>	
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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■新人の教育には先輩職員を1対1であて、育成を実施しています。</li> <li>■非正規職員は基本的に外部研修に参加できておらず、全般的に研修の機会が乏しくなっています。正規職員と同等とまではいかないまでも、「学びの場面」を今より多く用意することが望まれます。</li> <li>■引継ぎ・朝礼等の限られた時間を使い、具体的な日々の事例を取り上げて対応方法の良し悪しを検討・確認するなど、日常業務の中で効果的な育成場面を作り出していく工夫が望まれます。</li> </ul>	

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。	
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。
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■施設の近くにある大学、短期大学等から、単位取得のための実習生を毎年受け入れています。</li> <li>■実習担当教員とも話し合い、マニュアルに沿って指導にあたっています。</li> <li>■社会福祉士については、実習指導者である職員が異動で不在となったため、今年度受け入れはありません。</li> </ul>
<b>a</b>	

<b>評価結果</b>	
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。	
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。
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■現在、機関誌は1種類で、写真等の利用者情報が多く掲載されているため、家族と市への配付にとどまっています。ホームページ以外にも、施設のPRを目的とした地域向け広報誌の検討が望まれます。</li> <li>■前回の第三者評価受審結果は公表されておらず、また活用もできていません。今回は十分な対応が望まれます。</li> </ul>
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。
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■事業所内業務に対しては、複数の職員によるチェック体制が作られています。内部監査にまでは至っていません。法人内に数多くの事業所があるメリットを生かし、事業所間で相互点検システムを構築することが望まれます。</li> <li>■平成29年度から、物品の購入や施設設備の修繕などについての法人内ルールが明確化されています。</li> </ul>
<b>b</b>	

<b>評価結果</b>	
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。	
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。
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■事業所として、地元自治会に加入しており、地域の恒例行事（隣接する公園での盆踊り大会など）に積極的に参加しています。また、自治会長に苦情解決の第三者委員を委嘱しています。</li> <li>■中学校区の行事（三中フェスタ）では、利用者の活動グループである「創作班」によるクラフト体験などのブースを設け、地域との交流を進めています。</li> <li>■平成29年10月からは、「地域生活支援拠点事業」をスタートさせる予定で、準備を進めています。</li> </ul>
<b>b</b>	

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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■納涼会や運動会（法人全体・事業所独自）など大きな行事には、多くのボランティアを受け入れています。</li> <li>■地元の中学・高校生の授業の一つとして、体験的場面を組み入れたプログラムを用意し、定例的に受け入れています。</li> </ul>	
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■利用者個々のニーズに対応した社会資源のリスト化はもとより、近隣地域の一般的な社会資源についても表に整理しています。また、所属する「日中活動事業所連絡会」では、最新の情報をもとに、各事業所の支援内容を分かりやすくまとめた冊子が作成されています。</li> <li>■大阪知的障害者福祉協会や自立支援協議会のほか、保健・福祉・教育の各種関係団体とのネットワークのもと、日常的な連携・協力が図られています。</li> </ul>	
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■事業所自体が、市の福祉避難所に指定されています。摂津市社会福祉協議会の「地域貢献委員会」に加わり、災害発生時の非常用食料や必要物品の備蓄を行なっています。</li> <li>■住民も利用できる「福祉自販機（収益金の一部を社会福祉のために使用）」の設置、また、生活困窮者への社会貢献事業にも着手しています。</li> <li>■介護職員初任者研修の実習の場として用いられることもあります。</li> <li>■事業所が主体となり、その専門性を活かした住民講座などの積極的な企画・実施が望まれます。</li> </ul>	
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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■事業所独自での積極的、具体的な地域の福祉ニーズの把握にまでは至っていませんが、生活困窮者支援の取り組みのほか、一時保護事業を受託するなど、社会貢献に向けた活動を実施しています。</li> <li>■今年度後半から実施予定の「地域生活支援拠点事業」については、名実ともに「拠点」として事業展開できるよう、総力をあげて整備を急いでいます。</li> </ul>	

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。	b
(コメント)	<p>■現在備えられている主要な支援マニュアル（食事準備・提供、入浴、排泄等）は、マニュアル作成の研修会で学んだ手法・手順に従って作成されました。作成プロセスが重要である「マニュアル」を、現場スタッフが力を結集して作りあげたことには大きな意味があり、評価できます。ただ、成果物としては、詳細すぎる面と主要な視点が抜け落ちている部分が混在し、バランスの良いものになっていません。</p> <p>■利用者尊重や人権への配慮に関しては、研修の実施のほか、日常的な振り返りのための「自己チェックシート」によって定期的な状況把握が行われています。</p>	
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)	<p>■利用者のプライバシー保護等の権利擁護については、日常の支援場面において強く意識され、配慮がなされています。</p> <p>■虐待防止のマニュアルが整備されるとともに、特にその点を意識した「自己チェックシート」において点検を促し、就業規則上においても適切な定め（服従規定や懲戒規定等）がなされています。</p> <p>■「排泄」の支援マニュアルにおいての記述に不十分な点はありますが、シャワーカーテンを設けるなど、現実的なハード上の配慮がなされています。</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。		
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
(コメント)	<p>■広く一般市民が目にすることのできる広報誌等はありません。サービス選択に必要な事業所の基本情報などを記した資料は、ホームページ以外ではパンフレットだけです。パンフレットが比較的多くの人の目に触れ手に取ることができるのは、いまのところ相談支援事業所に限られています。</p> <p>■個別の事業所の資料を、公共施設等では置かせてもらえることが難しくなっている現状にあっては、福祉協会などの団体として、エリア別に共同での紹介パンフレットを作成するか、または、「家庭での障がい者への対応のあり方」などを専門的な視点から述べた啓発用のリーフレットを発行し、そこに自らの情報を記載する、等の方法が考えられます。検討が望まれます。</p>	
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。	b
(コメント)	<p>■本人への説明は、「意思決定ガイドライン」に沿って行われています。</p> <p>■実際の場所を見ながら説明するなど、より理解しやすい方法を工夫・模索しています。グループホームへの移行の場合には、何度かの体験入居を実施し意向を確認します。</p> <p>■必要に応じて、説明の場に相談支援事業所担当者が同席することもあります。</p> <p>■利用者の興味を惹くような工夫を施した簡単なリーフレット（入所のしおり）の作成が望まれます。</p>	

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。	b
(コメント)	<p>■グループホームへの移行以外の施設・事業所の変更や家庭に戻るケースは、きわめて稀です。</p> <p>■移行後の窓口は、施設長代理が担当しています。</p> <p>■医療機関等への情報提供では、家族等の同意を得たうえ、アセスメント記録の写しを提供することもあります。</p>	
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
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。	c
(コメント)	<p>■利用者の満足度を測るための定期的なアンケート調査などは行われていません。</p> <p>■「家族・親の思い記録票」ファイルには、家族等からの意見・要望と、それへの対応についての記録が綴じられています。これについて事業所としては「苦情となる前に対応するもの」と認識しており、そのため「苦情として取り上げる事案はない」と判断しています。しかし、内容を見ると苦情レベルのものが少なくありません。「苦情」の捉え方を変更し、「支援向上への大切な資源」とのポジティブな受け止め方をしていくことが求められます。</p> <p>■これまで集積された「家族・親の思い」を課題ごとに分別・整理し数を拾うなどをして、傾向を把握・分析することの検討が望まれます。</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。		
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。	c
(コメント)	<p>■「苦情解決」の仕組みは、形としては整備されていますが、「苦情」というものの基本的な解釈や認識が不十分なためうまく機能していません。</p> <p>■記録によれば、「家族・親の思い」への対応は適切になされていると評価できますので、「苦情」についての定義や捉え方についての検討が求められます。</p>	
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)	<p>■実際の相談などへの対応は丁寧になされていますが、利用者が相談したり意見を述べたりする際について、わかりやすく説明した文書類はありません。</p> <p>■毎月利用者の帰宅日が設定されており、半数程度が帰宅します。帰宅時には、施設長や施設長代理も保護者等との対応にあたり、直接相談や要望を受けています。</p>	
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)	<p>■相談や意見の申し出は、行事参加や帰宅時、家族会などでの口頭によるもののほか、「連絡票」という書面もあり、把握するための環境は整っています。また、玄関の受付カウンターに「意見箱」が設置され、記入用紙も用意していますが、実際の活用はほとんどありません。</p> <p>■「家族・親の思い記録票」については、その取扱いに関する定めが整っていますが、実際の対応まで念入りに記録していますが、利用者本人からの相談については、特別にまとめられたものはありません。</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。

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>b</b>
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■インシデントの報告はリスクマネジメント委員が対応し「ひやりはっと」と「事故」に区分し集積されています。それぞれの事案は全体朝礼等で共有され、必要に応じ、フロア会議や管理者ミーティングでも要因分析・対応検討がなされ、その後に向けた対策・方針が立てられています。</li> <li>■リスクマネジメント委員が揃っての会議を定期的に行うことはほぼ困難な状況で、「ひやりはっと報告書」への委員会コメントも、必ずしも話し合いの結果によるものにはなっていません。</li> </ul>	
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>b</b>
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■非正規職員ながら複数の看護師を配置し、平日の日中には勤務している体制になっています。</li> <li>■これまで、重大な感染症の拡大事象はありません。危機管理(食中毒・感染症対策)マニュアルが各フロアにも備えられ、学習の機会も用意されています。</li> <li>■専門的な事象に関する必要な情報については、看護師から支援スタッフへ周知や徹底が図られています。</li> <li>■各フロアのスタッフルームに常備されているはずの「吐物処理用グッズ」を、職員が即座に見つけられませんでした。確認・周知が望まれます。</li> </ul>	
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している。	<b>b</b>
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■災害時の福祉避難所指定を受けていて備蓄食料など避難用物品が準備されています。</li> <li>■河川の氾濫で、場合によっては建物の1階部分が水没する可能性もあることから、重要物品は2階以上に置くようにしています。</li> <li>■法令に従い、防災・火災訓練等は定期的に行われていますが、今後、法人全事業所が一体的に実施するなど、多種多様な想定による訓練が必要と管理者は認識しています。</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。

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>b</b>
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■施設独自の手法を用いて作成された支援マニュアルがありますが、欠落した視点も少なくなく、あらためて総点検が必要です。プロセスを大切に、急がず着実に作業していくことが望まれます。</li> <li>■適切な支援がなされているかどうかを自ら点検・確認するための「自己チェックシート」の活用は、とても良い取り組みですが、項目の追加・削除などの必要がないか、見直しが望まれます。</li> </ul>	

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。	c
(コメント) ■マニュアルの作成時には、内容の検証・見直しのあり方や手順、時期についても、明瞭に定め示しておく必要があります。 ■「マニュアル」は、実施している個別支援計画や提供しているサービスの内容・質について、それが正しいものなのかどうかを検証するための抛り所や、照らし合わせる際の根本になるべきものです。現在の支援マニュアルが、そのようなフィードバックに供し（耐え）得るものとなるよう検討が求められます。	
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的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	b
(コメント) ■アセスメントの内容（記述）については簡潔で過不足のないものとなっています。現在のアセスメント票は、個別支援計画書と一体化していますが、分離することによって、計画につながる要因や課題が明確化され、関係性を際立たせるメリットがあると思われます。検討が望まれます。 ■アセスメントから支援計画作成までの流れ、手順、会議や参画するスタッフなど、現に行われている事柄が明瞭に示された文書（フロー図など）の整備が望まれます。	
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。	b
(コメント) ■ここでも、実際に行なっている手続きや作業を「仕組み」として確立し、また「定め」として文書化してあるかが問われています。このことは、利用者・家族等を含む外部の関係者に対して、説明責任を果たす場合にも有益で、リスクマネジメント上も極めて大切な事柄です。	
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。	b
(コメント) ■支援に関わるいずれの記録も、利用者一人ひとりの目標、課題、時々の言動や状態等々を、誤りなく他のスタッフにもわかりやすく伝達し、適正なサービス提供に資する役割をもつことはもちろんですが、他方、情報の開示にも問題なく対応できるということも重要です。その双方の観点から、適切な記録のあり方を提示する「記録要領」を備え、記録をスタンダード化していく取り組みが欠かせません。日常の記録は、管理者によるきめ細やかなチェックがなされていますが、そのなかから種々の要素を抽出し、「要領」として結びつけていくことが望まれます。 ■現在、業務支援ソフト導入の準備が進んでいて、今年度中には、運用が開始される運びとなっています。	
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) ■「法人処務規程」の第4章（14～25条）に、必要事項の定めがあり、事業所独自でも、個人情報取り扱いに関するマニュアルを作成しています。 ■昨年度には、外部講師を招いて「SNSにおける個人情報の取り扱い」について学習するなど、今日的な課題に意識をもって取り組んでいます。 ■家族等に対しては、サービス開始時に個人情報の取り扱いについて説明し、機関誌において写真等で個人が特定される可能性のあるような場合には、事前に了解や同意を得るようにしています。	



## 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		
A-1-(1) 利用者の尊重		
A-1-(1)-①	コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	b
(コメント)	<p>■重度の知的障がい者の施設として、日常生活において常に意思伝達やコミュニケーションの支援を心がけています。職員は利用者にたくさん関るように努め、コミュニケーション手段として、構造化、パソコン、絵カード、イラスト等も用いています。また、利用者の情報はフロア会議等で共有されています。</p> <p>■専門職としての臨床心理士が配置されていますので、今後の具体的な活動が望まれます。</p>	
A-1-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	b
(コメント)	<p>■自治会組織はありませんが、グループ活動・外出等において、利用者の意見や要望を聞くように努めています。行事やイベント時だけではなく、日頃から、モットーとしている「利用者を真ん中に」を実現できるよう、利用者の主体的な活動を支援することが望まれます。</p> <p>■利用者と管理者が近い距離にあり、日常的に利用者とは話す機会を設けたり、昼食も一緒に食べています。</p> <p>■利用者の意思決定支援の一環として、絵画教室を開催し、摂津市の催しに出展しています。</p>	
A-1-(1)-③	利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。	b
(コメント)	<p>■安全・安心を第一に考えて、玄関自動ドアの開閉の仕組みを変更し、利用者や家族に説明しています。</p> <p>■支援方法や内容の統一を図るために、フロア会議を開催しています。会議録には日時や参加者の記載がなく、個人ファイルに記録されているものもありました。今後、統一を図ることが望まれます。</p> <p>■日常生活上の支援において、自力・見守りか、または、介助を行うか、そしてその際の方法等についての判断は、専門職と協議を行い、利用者及び家族に説明をすることが望まれます。</p>	
A-1-(1)-④	利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。	b
(コメント)	<p>■日常生活力の向上を目指し、毎日、シーツ交換や掃除・洗濯・おやつ作り等を行っています。外出では公共交通機関を用い、利用者のニーズに対応しながら、そのもてる力を存分に発揮できるように支援しています。</p> <p>■市内のイベントや他施設のパンフレット、チラシ・ポスターを玄関に貼り情報を提供していますが、利用者の身近な場所に掲示することが望まれます。</p> <p>■今年から、自己表現のひとつとして、臨床心理士による絵画教室を、毎週木曜日に開催しています。また、音楽療法士による音楽会も毎週実施しています。</p>	

A-1-(1)-⑤	体罰や虐待（拘束、暴言、暴力、無視、放置等）の人権侵害の防止策や、万々に備えての取組が徹底されている。	b
(コメント)	<p>■人権侵害を行わないよう虐待防止研修を実施しています。研修参加者は全員、終了後に内容・成果・感想をまとめた報告書を作成し理事長に提出しています。また、外部研修にも支援員・管理者等複数参加し、全体会議の場で伝達研修を行っています。</p> <p>■「自己チェックシート」において、不適切な支援や気になる支援はなかったかどうかを振り返れるようになっており、サービス管理責任者や管理者が点検できる体制を取っています。</p> <p>■法人としての虐待防止委員会の設置、並びに、重大な職務違反があった場合の懲罰委員会等の開催と、就業規則等に定める以上の具体的な処分規程の制定等の必要性を、管理者は認識しています。</p>	
A-1-(1)-⑥	利用者個々のサービス計画が作成され、サービス実施にあたっては利用者の同意が徹底されている。	b
(コメント)	<p>■個別支援計画書の作成にあたっては、分かり易い表現で記入し、利用者や家族の要望も反映した具体的な内容となるように努めています。説明は各担当者が家族に行い同意を得ています。</p> <p>■個別支援計画のサービス実施の内容は、「ケース記録」に記載されており、家族にも経過報告しながら取り組んでいます。</p> <p>■記録を家族・利用者等へ公表する際の規程がありませんので、今後マニュアル等の整備が望まれます。</p>	
A-1-(1)-⑦	利用者が地域内での自立生活へと移行することについて、情報提供や個別計画の作成など、適切な支援が行われている。	b
(コメント)	<p>■「地域生活支援拠点事業」の「拠点」施設として、平成29年10月1日から活動がスタートします。すでに、市役所・市議会にも報告されており、自立支援協議会と連携して取り組んでいきます。施設内にコーディネーターを配置して、具体的な機能について検討に入ります。今後は、利用者一人ひとりの地域移行について、さらなる対応が望まれます。</p> <p>■入所者の地域移行に向けて、本人・家族・相談支援事業所・グループホームと話し合いを重ね、生活訓練や体験入居を実施しています。</p> <p>■自治会に入会し、地域住民とも交流を図っています。</p>	
A-1-(1)-⑧	家族とは日常的に情報提供、意見交換がなされるとともに、求めに応じてサービス記録を開示する等、サービス内容についての説明を十分に果たしている。	b
(コメント)	<p>■家族等への情報提供や意見交換については、担当者が6か月ごとに面談し個別支援計画に沿って、利用者の様子を伝えていきます。支払いや行事等での来所時には、いつでも職員との面談や本人への面会、見学に応じています。面談記録は、その都度、作成が望まれます。</p> <p>■機関誌「みきのみちつうしん」を年3、4回発行して、利用者の近況や職員体制の紹介等施設の状況を家族等に伝えていきます。昨年度からカラー印刷に変え、顔や表情が見やすくなり、楽しい紙面になったと好評を得ています。</p> <p>■家族等からの記録の開示希望は今までありませんが、いつでも対応できるようにマニュアル等の作成が望まれます。</p>	
A-1-(1)-⑨	自傷他害等については、その原因の究明除去とともに、適切な対応が行える体制がとられている。	a
(コメント)	<p>■自傷他害について、利用者の状況を記録として引き継ぐようにしています。また、フロア会議ではさらに詳しく情報を共有するようにしています。</p> <p>■各フロアごとに、年間を通じて複数名が行動障がい研修を受講しています。利用者に怪我のないように会議で原因を話し合い、方法や考え方等の統一を図りながら支援しています。</p> <p>■精神科医は嘱託医とかかりつけ医の両者での対応ができ、利用者の状況によって受診しています。服薬は看護師を中心に、医師や薬局と連携しています。</p>	

		評価結果
A-2 日常生活支援		
A-2-(1) 食事		
A-2-(1)-①	サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。	a
(コメント)	<p>■食事について特別な配慮が必要な利用者が30名中11名いて、個性が高い状況にあります。サービスの実施にあたっては栄養士の指導のもと、給食業者とも情報を共有しています。特別食を提供する場合には口頭連絡ではなく、「食事変更願」を用いて誤りがないようにしています。</p> <p>■利用者の体調や状況によって、支援員・医師・栄養士・看護師・サービス管理責任者等が話し合いを行い、メニューの変更等を実施しています。また、利用者の健康状態や年齢に合わせて、選択メニューが用意されています。</p>	
A-2-(1)-②	食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。	b
(コメント)	<p>■現在は支援員が食事中に意見を聞いたり、観察をとおして利用者の状況を判断しています。家族に対して嗜好調査を実施し、利用者の好きな物などを把握しています。今後、利用者と一緒に検討会議を開催することが望まれます。</p> <p>■季節感のある食材やメニューのほか、行事食、全国各地の駅弁シリーズ（月1回）等を提供しています。味つけは全体的に薄味で、素材の味を楽しめるものとなるよう工夫しています。</p>	
A-2-(1)-③	喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	b
(コメント)	<p>■喫食環境については、栄養士・給食業者・各フロアの支援員・管理者で、給食会議を定期的で開催し、改善を図っています。給食業者とは、検食簿での情報や意見の伝達とは別に、利用者の状況を直接話しあえる場となっており、メニュー等の内容変更についても検討しています。</p> <p>■食事介助のいない利用者は自分のペースで時間内に食べることができません。全員が食後の投薬が必要なため、職員は喫食及び服薬の状況に注意しながら支援しています。</p> <p>■利用者のこだわりや特性により、食事は一斉に摂っています。</p>	
A-2-(2) 入浴		
A-2-(2)-①	入浴は、利用者の障がい程度や介助方法など個人的事情に配慮している。	a
(コメント)	<p>■入浴前に支援員・看護師により健康状態のチェックを行っています。</p> <p>■同性介助としており、各フロアでのチームワークのもと、安全で気持ちのよい入浴ができるように取り組んでいます。平成27年に特殊浴槽の設置を行い、身体障がい者の方にも安心して入浴を提供できています。</p>	
A-2-(2)-②	入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a
(コメント)	<p>■入浴日は、月・水・金・日曜となっています。汗をかいたりすることが多い時期や入浴のない曜日は、個別にシャワーをしています。</p> <p>■重度の障がい者が多く、入浴には時間と介助が必要となるため、可能な限り利用者の意見・希望を尊重しながらうまく調整し、スムーズなサービス提供が行えるよう工夫しています。日々の入浴時には順番に声かけを行い、拒否がある場合には無理強いせず、タイミングを見計らって再度促しをしています。</p>	

A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a
<p>(コメント)</p> <p>■風呂場は、女性は2階フロア、男性は3階フロアにあります。特殊浴槽は、介助度が高い利用者の多い2階に設置されています。風呂場における設備面・環境面の改善については、フロアごとに話し合われています。昨年度、2階浴室に家庭浴槽を1基増設し、また、手すりの設置を行う等、改善への取り組みがなされています。</p> <p>■風呂場全体が広いため、浴室・脱衣場にエアコン・熱線ヒーターが設置され、温度の調整ができるようになっています。</p>	

#### A-2-(3) 排泄

A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	b
<p>(コメント)</p> <p>■排泄介助にあたり、個別にサービス実施計画が作成され、特に確認が必要な利用者については、チェックリストを用いて状況を把握・記録しています。また、おむつの使用を強要することなく、排泄結果を記録に残すようにしています。</p> <p>■排泄にあたって、支援方法がマニュアル化されており、支援者で共有されています。</p> <p>■排泄時のプライバシーについては、「自己チェックシート」において適切に支援できたかどうかを点検する項目を設けて、支援者が日常の中で意識するようにしています。</p>	
A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	a
<p>(コメント)</p> <p>■トイレ内には、薬品や洗濯機が置かれた倉庫があり、安全への配慮からそこには施錠して事故防止を図っています。</p> <p>■トイレの環境についても、フロア会議で改善に向けて話し合われています。夏場、トイレ内にエアコンがなく、利用者は暑い思いをしています。大がかりな電気工事を待つ間に、工夫をして少しでも環境改善に努めていくことが望まれます。</p>	

#### A-2-(4) 衣服

A-2-(4)-① 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。	a
<p>(コメント)</p> <p>■季節ごとの衣替えは、時期が来ると来所して整理をする家族や、衣類を持参して入れ替えは職員に依頼する家族もいます。また、家族の依頼を受け買い物や服選びの手伝いもしています。</p> <p>■家族から利用者の衣類の好みやこだわりを聞き取り、利用者が選んで着れるように支援しています。その際には、利用者自らが衣類の選択ができたことに対して、職員から「認める言葉」をかけています。</p>	
A-2-(4)-② 衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切である。	a
<p>(コメント)</p> <p>■衣類の交換については、利用者の希望に沿って行うように、また、汚れや破損があった場合は、直ぐに着替えるように、それぞれ支援しています。</p> <p>■破衣行為については、フロア会議で話し合っ対応しています。心地よく着ていただくために精神科の医師に相談をすることもあります。それらの内容については家族等にも連絡をしています。破衣行為について、支援方法の標準化が期待されます。</p>	

A-2-(5) 理容・美容		
A-2-(5)-①	利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。	<b>b</b>
(コメント)	<p>■月に1度、理容師・美容師の組合の方が来所し、理美容を行っています。利用者が要望や希望を理・美容師に伝え、それに沿って行う場合もありますが、今までの髪型を基本としています。それらの様子は家族等に報告しています。支援員は、毎朝整髪・髭剃りの支援を行います。</p> <p>■ファッションに関する情報誌をもっている利用者もいますが、施設からのスタイルブック等の情報提供はありませんので、今後用意することが望まれます。</p>	
A-2-(5)-②	理髪店や美容院の利用について配慮している。	<b>a</b>
(コメント)	<p>■市内の組合から有償の「理・美容ボランティア」が、毎月、施設を訪問しています。日程は職員が理・美容師と調整しています。家族等には「連絡票」などを通じて報告を行い、小遣いから代金の支払いをしています。</p> <p>■地域の理髪店や美容院の利用は個別のニーズに応じて行っています。</p>	
A-2-(6) 睡眠		
A-2-(6)-①	安眠できるように配慮している。	<b>c</b>
(コメント)	<p>■夜間は、利用者の希望や相談支援専門員・家族等からの情報をもとに対応しています。豆球をつけていないと不安になる利用者については豆球をつけています。</p> <p>■夜間の見回り・体位変換等については、フロアごとに利用者対応が違うため各フロアで統一した方法を定めています。各フロアには2名が勤務しており、安全に配慮し緊急時に備えた体制をとっています。</p> <p>■睡眠に関するマニュアルが不十分な状況です。今後、整備が望まれます。</p> <p>■夜間、他者に影響する行動があった場合や感染症が発生した場合には、一時的に別の部屋に移動できるように準備しています。</p>	
A-2-(7) 健康管理		
A-2-(7)-①	日常の健康管理は適切である。	<b>a</b>
(コメント)	<p>■利用者の健康管理は、支援員とともに2名の看護師が主として行っています。個別支援計画にもとづき、毎日ウォーキング・体操・散歩等のプログラムを実施しています。</p> <p>■利用者ごとに健康状態や服薬状況等がまとめられ、嘱託医往診や看護師による相談体制があります。また、家族から健康面の相談があれば、内容によっては通院支援も行います。</p> <p>■インフルエンザの予防接種や歯科医の往診を実施して、健康管理に努めています。</p> <p>■健康管理のマニュアルはありますが、口腔ケアに関するものではありませんので、今後、作成が期待されます。</p>	
A-2-(7)-②	必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	<b>a</b>
(コメント)	<p>■夜間や休日に健康状態が急変した場合のために、車で15分程の距離にある地域の診療所と嘱託医契約を結び、電話相談ができる体制をとっています。緊急時は、嘱託医の指示のもと、救急車で近くの総合病院に搬送します。緊急時については、「緊急マニュアル」にもとづいて対応しています。</p> <p>■嘱託医以外でも、利用者の状況に応じて、家族とも相談のうえ、地域の肛門科・整形外科・神経内科・婦人科・耳鼻科等の通院支援を行っています。</p>	

A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実にこなわれている。	a
<p>(コメント)</p> <p>■薬の管理・仕分けは医務室で看護師が行っています。スタッフルームに持ち込まれた薬はマニュアルに沿って配薬されます。誤薬や飲み忘れがないように、複数体制でチェックしています。また、薬局の協力により薬の一包化を実施しています。</p> <p>■投薬については、「服薬管理マニュアル」に沿って支援が行われます。誤薬があった場合には主治医に連絡して指示を貰います。</p>	
A-2-(8) 余暇・レクリエーション	
A-2-(8)-① 余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行なわれている。	b
<p>(コメント)</p> <p>■利用者の好みや趣味等については、本人との話し合いや家族との面談等により把握しています。</p> <p>■今年度から、全館でパソコンが使える環境が整いましたので、利用者自らが選択・意思決定していく機会がさらに増えるよう、新規導入のタブレット端末等を活用して具体的な情報提供を行う取り組みを始めています。</p> <p>■摂津市内の公共施設のイベント情報を特性や意向に配慮しながら本人へ直接伝えていきます。障がい者のエアロビクスやカルチャー教室等に参加（カルチャー教室は一般の市民とともに）しています。</p>	
A-2-(9) 外出、外泊	
A-2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	b
<p>(コメント)</p> <p>■利用者が公平に外出できるように、また経済的な負担にも配慮しながら、「1回3,000円まで」というルールに沿って外出しています。外出は利用者や家族等の要望、職員体制等を考慮して企画しています。今後は自治会や利用者の会での外出の検討が望めます。また、ガイドヘルパーやボランティアの手配を相談支援専門員と連携することで、希望に沿った外出ができるよう体制を整えていくことが望めます。</p> <p>■摂津市のイベント情報等は、利用者のニーズや特性、状況等を検討して本人に伝えていきます。</p> <p>■外出中の不測の事態に備えて、利用者の学習会や緊急時の対応マニュアルの整備が望めます。</p>	
A-2-(9)-② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	b
<p>(コメント)</p> <p>■外泊について自治会等との話し合いはありませんが、利用者主体のルールに沿って実施しています。本人・家族等の意向で日程を決めてもらい、事業所側から要請や強制をすることはありません。基本は1か月に1回、金・土・日曜日の外泊を提案していますが、家族の状況に合わせて行っています。</p> <p>■開所以来15年が経ち、親の高齢化が進み、外泊の日数や面会に来る回数は減少しています。</p>	

A-2-(10) 所持金・預かり金の管理等	
A-2-(10)-① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	<b>b</b>
(コメント)	<p>■預り金の管理規程にもとづき、利用者の小遣いを管理しています。事務所の金庫で保管し、複数職員によるチェック体制となっています。小遣いの使用については、ジュース等の少額・定期的な支出以外は家族の了解を得て進めています。</p> <p>■利用者30名の全員が他者による金銭管理を必要とし、内7名が成年後見制度を利用しています。</p> <p>■預り金の明細については、毎月、事務職員・管理者で確認し、家族または後見人に書類配付（コピーしたもの）しています。今後は、明細に家族等の確認欄を設け、押印等により確認済であることが証されたものの写し（コピー）を配付することが望まれます。</p>
A-2-(10)-② 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望に沿って利用できる。	<b>c</b>
(コメント)	<p>■テレビの視聴は共同利用になっています。各フロアに2台ずつ設置して、番組は話し合って決めています。どうしても重なる場合にはビデオに録画して後日に見ています。</p> <p>■新聞・雑誌等は外出等の際に利用者が自分の気に入ったものを購入しています。施設では特に用意はしていませんので、今後利用者との話し合いを持ち、希望の多い新聞・雑誌等を購入して共同利用していくことが求められます。</p>
A-2-(10)-③ 嗜好品（酒、たばこ等）については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意志や希望が尊重されている。	<b>c</b>
(コメント)	<p>■火事や事故のリスクが大きいいため、基本的には禁煙・禁酒としています。</p>
A-2-(11) 生活環境の整備	
A-2-(11)-① 一人になれる場所や部屋又は少人数でくつろげる場所や部屋が用意されている。	<b>a</b>
(コメント)	<p>■居室は、一人部屋か二人部屋の配置になっています。</p> <p>■利用者の状態に応じて、1人でくつろげる部屋が用意されています。フロア内で難しい場合は、1階にも対応できる部屋があります。</p>
A-2-(11)-② 心地よく生活できる環境への取組がなされている。	<b>a</b>
(コメント)	<p>■生活環境については、利用者の状況や意向をもとにフロア会議やリーダー会議で協議し、管理者に相談しながら整備に努めています。昨年度、介護用ベッドの購入を家族に提案して、その承諾のもと購入しています。</p> <p>■居室には、鍵付きの棚が設置され、身の回り品等を収納しています。鍵は支援員が管理していますが、自己管理している利用者もいます。</p>
A-2-(12) 日中活動支援	
A-2-(12)-① 個別支援計画に基づいて日中活動等に関するさまざまな支援を行っている。	<b>b</b>
(コメント)	<p>■生活介護について、かつてはフロア単位で活動を実施していましたが、利用者のニーズ・障がい特性等を考慮してグループ分けを行い、今までにない利用者の姿を見ることができています。</p> <p>■法人内の他の生活介護事業所との交流を始めました。行事に招待したり、スポーツやレクリエーションで交流する機会を設けています。</p> <p>■法人内の生活介護事業所にとどまらず、本人が希望すれば外部の日中活動に参加ができるような仕組みの整備が望まれます。</p>

## 障がい福祉分野の内容評価基準 – 授産施設としての対応 –

判 断 基 準 項 目		評価結果
A-3 授産施設としての対応		
A-3-(1) 授産施設としての対応		
A-3-(1)-①	就労に向けて、情報提供や職場実習の実施など、積極的な支援が行われている。	非該当
(コメント)	■授産施設ではないため非該当。	
A-3-(1)-②	働く場として、個々の障がい程度、特性に合わせた作業内容を用意している。	非該当
(コメント)	■授産施設ではないため非該当。	
A-3-(1)-③	働きやすい作業環境が用意され、安全衛生面でも配慮されている。	非該当
(コメント)	■授産施設ではないため非該当。	
A-3-(1)-④	工賃報酬を引き上げるため積極的な取り組みが行われ、工賃が適正に支払われている。	非該当
(コメント)	■授産施設ではないため非該当。	



## 利用者への聞き取り等の結果

### 調査の概要

調査対象者	摂津市立みきの路の利用者の代理人
調査対象者数	28人
調査方法	アンケート調査

### 利用者への聞き取り等の結果（概要）

摂津市立みきの路を、現在利用されている方の代理人28名を対象にアンケート調査を行いました。施設から調査票を配付してもらい、回収は評価機関へ直接郵送する形を取り、18名の方から回答がありました。（回答率64%）

満足度の高い項目としては、

- (1) ●「病気や薬のことで相談したい時、わかりやすく説明してくれる」  
について、83%の方が「はい」と回答、
- (2) ●「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」  
●「他人に知られたくない秘密を守るなど、本人のプライバシーは守られている」  
●「一人になれる場所や少人数でくつろげる場所がある」  
について、70%以上の方が「はい」と回答、

という結果が出ています。

## 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