

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	三島の郷		
運営法人名称	社会福祉法人 大阪福祉事業財団		
福祉サービスの種別	施設入所支援・生活介護・短期入所		
代表者氏名	施設長 北口 美弥子		
定員（利用人数）	95 名		
事業所所在地	5691051 大阪府高槻市大字原924番の4		
電話番号	072	688	0768
FAX番号	072	688	0737
ホームページアドレス	<a href="http://mishimanosato.jp">http://mishimanosato.jp</a>		
電子メールアドレス	<a href="mailto:ofi@mishimanosato.jp">ofi@mishimanosato.jp</a>		
事業開始年月日	平成20年4月1日		
職員・従業員数※	正規職員	42 名	非正規職員 18 名
専門職員※	社会福祉士	10 名	介護福祉士 23 名
	保育士	6 名	看護師 3 名
	管理栄養士	2 名	
施設・設備の概要※	[居室] 10ユニット 各部屋はすべて個室		
	[設備等] 作業棟、管理棟、食堂、厨房、浴室、診療所		

※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 29 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】

### 【三島の郷のめざすもの】

- ① 豊かな生活づくりを最優先に考えます。
- ② 見通しのある生活をつくります。
- ③ 喜びのある活動を行います。
- ④ 地域にとけ込める事業を行います。

## 【施設・事業所の特徴的な取組】

- ① 個室及びユニットケアを基本とした支援体制により、利用者のプライバシーの保護を図るとともに、身体の安全及び健康が保持される生活の支援に努めています。
- ② 日中活動としては、陶芸・園芸・染色・結び織りなど自然や自然環境を活用した作業活動を実施しています。
- ③ お花、太鼓、書道、手話等のサークル活動を実施し、その成果については発表や展示の機会を設けています。

## 【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7年8月19日～令和7年12月10日
評価決定年月日	令和8年2月16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、大阪府北東部の豊かな自然に囲まれた所に位置しています。公共交通機関を利用する場合、JR高槻駅からバスで約30分の距離にあります。しかしながら、途中の停留所（上の口）からはバスの本数が極端に少なくなるため、職員の通勤には安全性と利便性を考えて車でのアクセスを主としています。

また2023年に発生した不適切支援事案を受け、高槻市をはじめとする関係機関への報告及び施設機能の改善に重点をおいた取り組みを進めてきました。事案発生後、新たに施設長および副施設長が着任し、施設運営全般にわたる改革が進んでいます。

今回の評価においては、施設は過去の事案を踏まえ、強い再発防止の姿勢を示していることが確認されました。依然として複数の課題を抱えていますが、改革は引き続き進行しており、改善に向けた取り組みが途上にある状況が認められます。今回の評価で提出された資料および聞き取り内容を踏まえ、今後も継続的な運営改善を進めていくことが期待されます。

### ◆特に評価の高い点

- ① 会議準備と運営、会議後の周知対応により効率化を図っています。
- ② スマートフォンと専用ソフトでタイムリーに記録を入力し、紙媒体とネットワークの両方で情報や記録を全職員で共有している体制をとっています。
- ③ ハンドブック、各種マニュアル、施設方針を全職員へ冊子で配付。利用者・家族向けの簡易版のハンドブックも配付しています。
- ④ 地元地域に向けて広報紙を定期的に配布するなどして、施設や利用者についての理解を高める取り組みがなされています。
- ⑤ 利用者の状況に応じた食事提供がなされており、給食委員会を中心とした定期的な栄養マネジメントサイクルが確立し、運用されています。

### ◆改善を求められる点

- ① 配置基準は満たしているものの、常勤や役職者（主任）に業務が集中しがちとなっています。他の職員との業務量のへだたりについて、改善にむけた検討が早急に必要です。
- ② ユニットケア体制を導入しているものの、職員は施設全体の支援業務に関わっていて担当制とはなっていません。個別支援の充実という点からカバーする仕組みの検討が必要です。
- ③ 研修については、伝達講習が不十分であり、全職員に研修内容が共有できていません。ハンドブックは配付で終わらせず、活用した研修を定期的に行い、内容の理解を深め、実践での定着を図ることが求められます。

### ◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者評価を受審する事で三島の郷の施設運営や日常の業務、及び利用者支援についての客観的評価をしていただく事ができました。ご指摘いただいた項目については利用者支援の向上及び施設運営のさらなる改善に向けて全職員で引き続き取り組んでいきたいと思っております。特に「利用者を尊重する姿勢の明示」やこの間取り組んできた「安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取り組み」等を評価して頂いた事は今後の利用者支援の励みになります。

今後も「より良い支援」をめざし、利用者への支援の質の向上と職員が元気で働きつづけられる職場環境の改善に努めてまいります。又ご家族や地域の方々との連携を大切に「信頼」され「あってよかった」と思ってもらえる施設をめざして努力してまいります。

### ◆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。		
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)	<p>■法人の理念（綱領）、施設の基本方針（めざすもの）は明文化されており、施設として目指すべき方向性を明確に示しています。これらは施設玄関および主要な場所に掲示され、来訪者や利用者が常時確認できるようになっています。</p> <p>■施設パンフレット及びホームページにも掲載し、だれでも閲覧できる体制を整えています。さらに職員および家族向けにはわかりやすい冊子を作成して配付し、理念・基本方針の周知と共有を図っています。</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適切に対応している。		
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>■施設長は法人内の各種連絡会に参加し、社会福祉事業全体に関する情報の収集及び管理者会議で分析を行っています。</p> <p>■地域福祉計画については、高槻市の民間施設連絡会や自立支援協議会等の会合を通じて把握しています。</p> <p>■これらの活動により施設が位置する地域の特性や動向、ニーズを把握し、施設運営に反映させています。</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>■当施設の主な経営課題として、① 2023年に発生した虐待事案を踏まえた施設の信頼回復②安定した経営の継続③地域交流の推進④研修体制の充実⑤定員の見直しと地域への移行の検討を掲げています。</p> <p>■これらの各課題については、ユニット職員会議を中心に職員が主体的に取り組むことにより解決に向けた具体的な改善策を実践しています。</p>	

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。	b
<p>(コメント)</p> <p>■法人としては全体の中・長期的計画を策定していますが、当施設においては2012年の全面建て替え以降、修繕計画を軸とする中・長期計画に特化して策定してきました。今後は、これに加え、総合的な中・長期計画を策定する必要があります。</p> <p>■一方で施設の利用者の高齢化・重度化が進行しており、これらに対応する介護・医療体制の整備を中・長期的な重点課題として位置づけ、計画に盛り込むことを検討しています。</p> <p>■今後は「将来構想委員会」を活発化させ、中・長期計画の策定案を提示する必要があります。そのうえで、施設全体で議論を深め、計画を取りまとめていくことが望まれます。</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
<p>(コメント)</p> <p>■法人の中・長期計画に基づき、施設及び各委員会においては、以下の項目について単年度計画を具体的に策定しています。</p> <p>①自主性を高める親切な利用者支援 ②地域福祉・福祉運動の拡充 ③民主的管理運営</p> <p>④人材確保・育成・教育研修 ⑤財政基盤強化 ⑥施設整備・事業の拡充</p> <p>■これらの内容は事業計画として取りまとめられ、各職員へ冊子を配布することで、計画の周知と共有を図っています。</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
<p>(コメント)</p> <p>■計画の策定は、まずフロアー・各係・委員会において方針案をだします。それに基づき全職員の議論・検討を経て策定されています。各係及び各委員会における評価・見直しは、原則として中間総括及び年間総括の場で行われています。</p> <p>■総括の場において十分な議論が尽くされていない係や委員会が見受けられます。計画的かつ継続的に評価・見直しが行われることが望まれます。</p> <p>■今年度は昨年度の反省を踏まえ、中間総括の議論に十分な時間を確保するよう運用面で改善を図っています。</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。	a
<p>(コメント)</p> <p>■利用者に対しては年度初めに年間の主な予定を説明するとともに、毎月開催されている「なかまの会」を通じて、月ごとの取り組み内容を継続的に周知しています。</p> <p>■家族に対しては4月にハンドブックを配付し、年間計画及び月間計画を明示することで事業内容や年間の見通しを共有しています。このように、利用者および家族双方に対し、計画的な情報提供と周知の取り組みを行っています。</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。	b
(コメント)	<p>■2018年以降第三者評価の受審が行われていませんでした。</p> <p>■今回の受審においては主任以上の職員が中心となって参画しましたが、今後は一般職員も参画して、より組織全体で評価に取り組む体制を構築することが望まれます。また第三者評価については定期的な受審を行うことで、施設運営の客観的評価と継続的な質の向上を図ることが期待されます。</p> <p>■他法人のコンサルティングを活用し、3年計画で支援の向上に向けた取り組みをしています。</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>■今回の第三者評価により明確になった課題に対し、計画的かつ継続的な改善を進めていかれることを期待します。そのためには毎年自己評価を継続することで、常にPDCAサイクルを確立することが必要です。</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。	b
(コメント)	<p>■施設長は就任後2年経過しようとしています。施設長による課題として、①2023年に発生した虐待事案を受けての施設の改善 ②安定した黒字経営の継続 ③地域交流 ④研修の充実 ⑤定員の見直しと地域への移行 をあげています。</p> <p>■それぞれの課題についてはユニット会議を基本としながら職員の主体的な取り組みをベースとしながら意欲的に進めています。</p> <p>■有事の場合には不在時の権限委任については組織の「次のもの」との記述にとどまっています。職名を明示した指示系統マニュアルを作成し職員へ周知する必要があります。</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>■施設長は法人関係の施設長会議、虐待防止委員会、大阪府内では大阪府社会福祉協議会、知的障害者福祉協会、「きょうされん」の他、地元市の自立支援協議会などの各会議などに参加しています。これらの内容は毎月の職員会議での報告を行い、周知に努力しています。</p> <p>■現場職員からも施設外の情報等を知ることは、遵守すべき法令等を理解するうえで有効であるとの声も聞かれました。</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、その取り組みに指導力を発揮している。	a
(コメント)	<p>■施設長は着任前までの上位からの指示に依存した業務遂行体制から、職員自らが議論し主体的に業務を構築するボトムアップ型の体制へと運営方針を転換しています。</p> <p>■その一環として、職員が意見を出しやすい環境を整えるため、会議や検討の場ではグループワーク方式を基本としています。これにより現場職員からは主体的に意見を表明しやすくなったとの評価があり質の向上につながる取り組みが功を奏しています。</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。	a
(コメント)	<p>■業務の実行性を高めることを目的として、以下の取り組みを推進しています。</p> <p>①職務分掌を作成し、役割と責任を明確化したことで、業務の効率化および組織運営の透明性向上を図っています。 ②各部署においては、職員が主体的に参画し、部署ごとの方針を策定する仕組みを導入することで、業務への当事者意識を強化しています。③各ユニットを統括するユニット長を配置し、現場におけるリーダーシップを発揮できる体制を整えました。これにより、ユニット運営の一環性と業務調整の迅速化が進んでいます。 ④新たに研修部を設け、研修体系の充実と人材育成の強化にとりこんでいます。</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
(コメント)	<p>■正規職員およびフルタイムの非正規職員が十分に確保できておらず、特に女性職員の不足が指摘されています。また現有職員の病休や定着も重要な課題となっています。</p> <p>■対応策として派遣職員を配置していますが、勤務形態が不安定であったり施設経験の乏しい職員が含まれるなど、運営上の課題も見られます。</p> <p>■こうした状況への対応として当施設としては以下の取り組みを進めています。</p> <p>①派遣職員を除く職員に対する当施設独自の「地域手当」の支給 ②職員への定期的な面談の実施（非正規職員及び派遣職員は年1回のヒヤリングを実施）。</p>	
II-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	a
(コメント)	<p>■法人綱領および施設の基本方針である「めざすもの・憲章」については、法人が求める「期待する職員像」として明確に位置づけています。</p> <p>■法人の規定により職員のキャリアパス（新任・初級・中級・上級・主任・管理者）に沿った面談（上半期・下半期）を実施し、併せて面談者は上半期は直接上司、下半期は管理職に規定されています。</p> <p>■面談にあたっては、事前に所定のシートへ記入し、「期待する職員像」との照合・自己評価を行うことを全職員に義務づけています。</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> <p>【時間外勤務の状況について】          ■潜在的な時間外勤務がうかがわれ長時間化しています。特に（希望を最大限に反映した）勤務表作成担当である主任職員においては、支援業務を兼務しながら作成業務を行っているため、規定外のデスクワークが発生している状況が見受けられます。週末に勤務希望が集中する傾向が強く、職員間の調整に時間を要することも、時間外の勤務増加の一因と考えられます。</p> <p>【常勤職員の業務量について】          ■非常勤職員及び派遣職員の増加により一部業務の補完はされているものの、常勤職員の業務量は実質的に減少しておらず、依然として重い負担が継続しています。また計画的な希望休の取得が困難となる事例も確認されており、勤務負担の偏りが生じています。</p> <p>【管理職による対応状況について】          ■年間5日間の年次有給休暇取得を促進しているほか、職員支援の一環として①育成制度の懇談(年2回) ②ストレスチェック(年1回) ③産業医による職員面談等を実施しています。</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。

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> <p>■法人綱領および施設の基本方針である「めざすもの・憲章」については法人が求める「期待する職員像」として明確に位置づけています。</p> <p>■法人の規定に基づき、「懇談シート」には職員の業務に関する提案や職場希望を記述してそれに基づいて管理職が面談をすることになっています。</p> <p>■「職員像」に伴う個人目標とそれに向けての達成度については、本人と面談者が客観的に判断できる様式や基準のもとでの実施が望まれます。</p>	
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・施設独自で年間の研修計画が策定され、非常勤職員も対象に実施されています。実施報告も様式に沿って報告されています。今後は伝達講習を計画的に実施してすべての職員の知識・技術水準の向上に努める必要があります。</p> <p>■今年度から職員会議の前にミニ研修を定期的実施するなど専門性を高める努力をしています。</p> <p>■虐待事案を受けて職員研修の一環として外部の「コンサルテーション」を活用しています。ケース相談、職員交換実習、講義などが行われています。ケース相談はユニット職員2～3名で取り組み、フロアー全体に発信して支援の充実を図っています。これは昨年度から実施されています。(2024年は女子ユニット、2025年は男子ユニット)</p>	
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> <p>■外部研修については、希望に応じて受講が可能な体制となっています。しかし継続的な研修を受講する場合は勤務調整が必要となるため、状況によっては希望通りの受講ができない場合があります。</p> <p>■OJT研修に関して、各担当者が対象職員の習熟する経過をみるためには客観的に達成度がわかるように様式を統一することが望まれます。</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。

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) ■受け入れる実習生の数は多くないものの、当施設としては積極的な受け入れに努めています。  
■受け入れにあたり、目標と意義を明文化してマニュアルやプログラムも策定され、担当者も配置するとともに、社会福祉士・保育士の実習受け入れに必要な研修も実施しています。

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。

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) ■法人および施設では、ホームページやパンフレット等を通じて情報発信を行っています。  
■ホームページ上では、施設の財務諸表を公開し、運営状況や経営情報の透明性を確保しているほか、法人理念および基本方針を明示しています。  
■苦情・相談への対応体制についても公表し、利用者や地域住民からの意見を受けつける仕組みを整えています。  
■さらに地域へ向けた情報提供として広報誌『ふれあい』『たけのご通信』を定期的に配布し、施設の基本方針や日々の活動内容を広く周知しています。

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) ■職務分掌と「職員ハンドブック」により職員の権限・責任を明確化し周知を図っています。  
■法人内部監査（外部委員を含む）を毎年実施してその結果を職員会議で報告しています。さらに法人会計士による監査を受けることで運営の透明性を確保しています。

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。

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) ■当施設の地域は農家が点在する地域特性を有しており、利用者は日中活動の一環として地元農家の協力のもと畑を借用し、農作物の栽培に取り組んでいます。地域では伝統的な祭礼等の行事が実施されていますが、夜間開催であることから職員が試験的に参加しています。  
■栽培した農作物については、高槻市内で開催される「きょうされん」の交流会、ふれあいひろば、ハートフルフェスタ、ガレッジセール等の地域イベントにおいて販売し、染色物品や陶芸品と併せて地域交流の機会となっています。

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"> <li>■当施設では、ボランティア受け入れの基本姿勢を示し、サークル、個人、学生などさまざまな形で受け入れを行っています。</li> <li>■受け入れに関する担当者の設置や登録手続き、配置、事前オリエンテーション等のマニュアルについては、現在それぞれの部署に任されている状況です。このため、受け入れ体制を確立し、円滑に進めるためにも、全体を見渡して調整を行う担当者を配置することが望まれます。</li> <li>■学校教育については、「高槻市民間社会福祉施設連絡会」(あんしんねっと「あゆむ」)を通じて中学生を対象に福祉教育が行われていましたが、コロナ禍により中断しています。</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>■施設では、福祉事業所としての役割を果たすため、地元の各種委員会(高槻自立支援協議会・高槻市民間社会福祉連絡会等)に担当者を参加させ、地域との連携強化に努めています。</li> <li>■各連絡会での情報や協議内容については、職員会議において担当者から報告が行われ、全職員に周知して共有を図っています。</li> </ul>	
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) <ul style="list-style-type: none"> <li>■地域ニーズについては、主に相談支援機関担当者からの情報を中心として把握しています。</li> <li>■寄せられる要望としては短期入所の希望があるほか、近年は施設入所やグループホーム入居に関する相談及び希望が増加しています。</li> <li>■施設入所に関しては、重度の方の利用希望も多く、待機者が多く発生している状況です。</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。	c
(コメント) <ul style="list-style-type: none"> <li>■施設が有する福祉サービスの提供に関するノウハウや専門的な情報を研修や相談対応等を通じて地域へ還元し、また専門職としての知見を活かし、地域住民へのサービス向上に寄与する積極的な地域貢献を期待します。</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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■法人綱領と施設の基本方針「わたしたちのめざすもの」に人権の尊重・個人の尊厳について明記されています。理念・基本方針については昨年度に施設全体でグループワークを重ねて改訂作業を行い、その工程を通して、職員の理解と実践に結び付いています。</li> </ul>	
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>■「支援ハンドブック」が作成され、プライバシー保護・権利擁護について明記されています。排せつ・入浴マニュアルが整備され、基本姿勢として「プライバシーの保護に配慮すること」が明記され、それに沿って実践されています。</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。		
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>■サービス内容がわかりやすく説明されたパンフレットの作成やホームページの更新が定期的に行われています。「郷だより」が写真を多用し、読みやすい文字を使用し、家族と利用者に向けて発行されています。「広報ふれあい誌」は近隣地区に年3回発行・配布することで、施設の情報発信を行っています。</li> <li>■施設利用希望者に対しては、個別で丁寧な説明を実施するとともに、見学・体験入所・一日利用の対応に取り組まれています。</li> </ul>	
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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■年度初めに、家族・利用者向けの「ハンドブック」が作成され、配付・説明が行われています。また、成年後見制度の利用促進に積極的に取り組んでいます。</li> <li>■重要事項説明書において、第三者委員名の変更が行われていませんでした。訂正等の適切な対応が求められます。</li> </ul>	
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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■退所についてのマニュアルが作成されていますが、十分ではありません。施設の変更、地域への移行に積極的に取り組む必要があります。</li> <li>■利用者・保護者に安心して退所して頂けるように、担当者や窓口を明記した書類、引継ぎ文書等の作成・準備など継続性に配慮した積極的な取り組みが望まれます。</li> </ul>	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■毎月開催される利用者自治会の中で、行事やイベントについて意見や感想を聞く場面が設けられています。家族会が毎月開かれ、ご家族からの意見を徴収する場となっています。</li> <li>■給食委員会が定期的に行事食アンケートや誕生日リクエストメニューに関する嗜好調査を実施しています。</li> <li>■年度初めに、各ユニットで利用者との懇談会を実施し、これを基に利用者の要望が反映されるユニット運営に取り組んでいます。</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。

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)	<p>■苦情解決の仕組みが確立されており、法人のホームページに内容が報告されています。苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した掲示物が事業所内の見やすい所に掲示されています。</p> <p>■苦情内容について、どのように検証し、職員に周知されているのか、明確ではありません。福祉サービスの質の向上のための仕組みと捉え、組織としての振り返りが望まれます。</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。	a
(コメント)	<p>■利用者・家族等の話し合いの機会として定期的に自治会・家族会を開催し、相談や意見の述べやすい環境が整備されています。意見箱が複数箇所に設置され、アンケートの実施等積極的な取り組みが見られます。</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>■苦情について迅速な対応を行うことはもとより、利用者・家族の意見や要望、提案についても可能な限り迅速に対応することが必要です。対応マニュアルの整備の他、具体的な検討・対応方法・記録等について組織としての取り組みが求められます。</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。

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)	<p>■リスク検討委員会が中心となり、毎月、ヒヤリハット・事故報告書の集約・検証が行われています。集約した事例をもとに、要因の分析、改善策、再発防止を検討・実施する等の取り組みが行われています。</p> <p>■検証結果については、職員会議で全職員に周知徹底を図り、安全対策・事故防止に関する研修も実施されています。早急な対応が必要な事案については職員会議を待たずに、業務日誌に記載し、早期の対策に努めています。</p>	
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)	<p>■多職種による保健委員会が毎月開催され、利用者の健康と安全確保のための体制について検討が行われています。</p> <p>■各種の感染症に対する予防・発生時等の対応についてマニュアルが整備されています。マニュアルにおいては、レベル(1~5)ごとに対応が示され、感染防止の徹底が図られています。また、感染時等の対応については、研修や訓練も実施されています。</p>	
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)	<p>■災害時の対応方法や職員体制について整備されており、各フロアに掲示され、緊急時に備えています。</p> <p>■自然災害時においても事業が継続できるように、BCP(事業継続計画)が作成されています。行政、消防署と連携した避難訓練が実施され、夜間想定避難訓練や防犯マニュアルに沿った、不審者対応の訓練も実施されています。食料・備蓄品については3日間の食料を確保し、提供メニューについて表示されています。</p>	

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"> <li>■提供する福祉サービスについて、各種マニュアルが整備されています。全職員に配布を行い、周知徹底が図られています。</li> <li>■派遣職員が多く雇用されており、マニュアルにもとづいて、サービスが提供されているか確認する仕組みが望まれます。</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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■各グループ、係、委員会が年間総括を行い、実施方法の見直しに取り組んでいます。</li> <li>■施設として実施方法の見直しの時期や方法について定め、職員や利用者からの意見や提案に基づき組織的に実施することが必要です。改訂記録や検討会議の整備が望まれます。</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。

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>■個別支援計画作成会議がユニット単位で設定され、サービス管理責任者、担当職員、必要に応じて専門職員が参画しています。</li> <li>■アセスメントから計画策定、実施、評価・見直しという一連のプロセスが適切に行われています。</li> </ul>	
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>■半期ごとに、モニタリングの実施、検討会議が行われています。計画に沿った支援が提供されているか、評価分析が行われています。</li> <li>■利用者の様子に変化がある場合は、その都度、評価の見直し、再判定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。

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>■記録ソフトを使用し、日々のケース記録が入力されています。記録は入力用にスマートフォンを職員が携帯し、タイムリーな入力が可能となっています。</li> <li>■サービス実施記録が2か月ごとに作成されています。その際は個別支援計画に沿った内容の記録が記載されています。</li> <li>■パソコンのネットワークシステムを利用し、記録ファイルの回覧等を実施して、入力された記録は、全職員で共有する仕組みが整備されています。</li> </ul>	
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>■法人の個人情報保護規定・文書管理規定が定められ、利用者の記録については適切に管理されています。また、利用契約の際に家族と「個人情報使用同意書」が交わされています。</li> <li>■ネットワーク管理規定が制定され、施設で使用するパソコンにはパスワードが設定されています。記録類も施錠した場所で保管され、許可なく持ち出すことやコピーは禁止されています。</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		
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>■自治会役員を中心になかまの会（自治会）を職員がサポートしながら、利用者主体で取り組まれています。社会活動への参加、自分たちの生活について考え、意見を出す場面が設けられています。</p> <p>■食事における選択メニューの実施や、日中活動においても、できるだけ複数準備し、その日参加したい活動を決められるような取り組みが行われています。</p>	
A-1-(2) 権利侵害の防止等		
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>■大阪府社会福祉協議会主催の虐待防止研修を人権研修の一環として取り入れ、全職員が受講し、学べる・考える場を設定しています。年間2回の「人権セルフチェック」に取り組み、職員個々が利用者支援を振り返り、職員間で話し合う場面が設けられています。</p> <p>■行動制限の必要な困難ケースについては、精神科医師の所見と、あらかじめ家族の了解を得たうえで、実施しています。その際には、早期解除に努めるとともに、様々な対応や代替手段が常に検討・実施されています。</p>	
A-2 生活支援		
A-2-(1) 支援の基本		
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>■日常生活場面においては、見守り姿勢を基本としていますが、利用者の高齢化・多様化が進んでおり、自己管理が難しい状況があります。人手の少なさ、安全面を考慮し、日課を進めてしまうケースが見られます。</p> <p>■利用者一人ひとりの状況に応じて、個別支援計画にもとづいた、自律・自立に配慮した支援が望まれます。</p>	
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>■コミュニケーションが十分でない利用者に対しては、写真や絵カードを用意して、思いや希望を適切に理解するための取り組みが行われています。</p> <p>■日常的な関わりの中で、利用者固有のコミュニケーション手段やサインの発見や確認が行われ、意思をくみ取るとともに、職員間での情報の共有が行われています。</p>	
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。	b
(コメント)	<p>■毎週1回の自治会の役員会議、月2回の全体会議が開催され、利用者の意思が尊重される機会が設けられています。また、医務・調理・管理者との懇談場面も設けられています。</p> <p>■利用者一人ひとりのコミュニケーションにより、生活の質の向上と自己決定や自己選択を図る機会として個別の相談場面が求められます。</p>	

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) <ul style="list-style-type: none"> <li>■利用者個々の個別支援計画にもとづく、日中活動と利用者支援に取り組まれています。4つのサークル活動（太鼓、手話、お花、書道）が行われていますが、指導者の確保等の課題があり、定期的な開催には至っていません。</li> <li>■生活介護における日中活動も4つの班（染色、陶芸、農作業、療育）に分かれて支援が提供されています。個別支援計画にもとづく、利用者の希望やニーズにより選択できる日中活動の多様化が望まれます。</li> <li>■余暇やレクリエーションについても利用者の意向にもとづき、話し合いやアンケート等を通じて意向を把握することが必要です。地域の社会資源やイベント情報等、文化的な生活、レクリエーション、余暇及びスポーツに関する積極的な情報の提供が求められます。</li> </ul>	
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) <ul style="list-style-type: none"> <li>■障がい状況（障がい種別、障がいによる心身の状況や行動と支援の必要性に関わる状況等）に応じた適切な支援と支援の向上を図るため、障がいに関する理解と支援の専門性の向上に取り組まれています。</li> <li>■強度行動障がい支援者養成研修には複数名が受講しています。萩の杜によるコンサルテーション事業を利用し、専門職の助言を取り入れています。非正規職員が増える中で、研修のあり方の工夫、統一した専門的支援の実施が求められます</li> </ul>	
A-2-(2) 日常的な生活支援	
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) <ul style="list-style-type: none"> <li>■8種類の食事箋が準備され、利用者の心身の状況に応じて食事の提供と支援が行われています。給食委員会が定期的に関わり、栄養マネジメントの報告や嗜好調査の報告等、利用者状況の情報共有、食事形態の見直し等に取り組まれています</li> <li>■個別支援計画にもとづく日常的な生活支援（食生活、入浴、排せつ）マニュアルが整備されています。転倒、転落防止のため、利用者の意向と心身の状況に応じた方法による移動・移乗支援マニュアルの整備が求められます。</li> </ul>	
A-2-(3) 生活環境	
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。	a
(コメント) <ul style="list-style-type: none"> <li>■全室個室、ユニットケアが実施されています。居室の清掃は職員が担当しますが食堂・浴室・トイレ等の共有スペースの清掃を業者に委託し、清潔、明るさを保持しています。</li> <li>■利用者が不安定になり、他の利用者に影響を及ぼす場合は一時的に静養室の利用をするなどの対応と支援が行われています。</li> </ul>	
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練	
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) <ul style="list-style-type: none"> <li>■毎月、理学療法士が訪問し、機能訓練が実施されています。主に関節可動域訓練や筋力向上・維持が図られています。</li> <li>■訪問看護による個別支援の実施が検討されています。利用者の心身の状況に応じて日常生活動作訓練の取り組みが望まれます。</li> </ul>	

A-2- (5) 健康管理・医療的な支援		
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>■起床後のバイタルサイン測定など、食事・睡眠・排せつ状況等について、日常的に利用者の健康状態の把握に取り組まれています。定期的な通院や往診にて医師、医療機関との連携が図られています。</p> <p>■体調変化時には看護師・栄養士等他部署との連携、医療機関への相談、受診等の迅速な対応が適切に行われています。定期的に歯科医師・衛生士によるオーラルケアが実施され、指導・助言のもと適切な支援が行われています。</p>	
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)	<p>■慢性疾患やアレルギー疾患等の利用者に対しては、医師・看護師の指示のもとに適切な支援・対応が行われています。</p> <p>■服薬等の管理は適切に行われていますが、落薬・服薬漏れ等の事故が発生しています。服薬マニュアルを見直し・整備し、服薬に関する事故防止に努めてください。</p>	
A-2- (6) 社会参加、学習支援		
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>■日中活動やユニット単位での外出として、ドライブや喫茶外出に取り組まれています。個別の希望と意向を尊重した外出・外泊についてはご家族との調整や移動支援など、他事業所・他サービスを利用できるよう関係機関とも連携が図られています。</p>	
A-2- (7) 地域生活への移行と地域生活の支援		
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)	<p>■地域移行に向けて、定期的にアンケートを実施しています。利用者の高齢化・多様化が進む中で課題はありますが、利用者の希望と意向を把握し、地域生活に必要な社会資源に関する情報や学習・体験の提供に期待します。</p>	
A-2- (8) 家族等との連携・交流と家族支援		
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>■保護者会が毎月開催されており、約30名のご家族の参加があります。参加できない家族等には電話で近況を報告したり、写真を添えた手紙を送付しています</p> <p>■年度初めには、家族会用のハンドブックを作成、配布し、施設の説明が行われています。成年後見制度や地域移行、施設移行についての説明会も開かれています。利用者の体調不良時の報告・連絡も適切に行われています。</p>	
		<b>評価結果</b>
A-3 発達支援		
A-3- (1) 発達支援		
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)	障がい者入所支援施設のため、非該当とします。	

		評価結果
A-4 就労支援		
A-4-(1) 就労支援		
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)	障がい者入所支援施設のため、非該当とします。	
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)	障がい者入所支援施設のため、非該当とします。	
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)	障がい者入所支援施設のため、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）

--