

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	花の会短期入所事業部	
運営法人名称	社会福祉法人 花の会	
福祉サービスの種別	障がい短期入所・日中一時支援	
代表者氏名	施設長 橋本 好司	
定員（利用人数）	短期入所 5 名 ・ 日中一時支援 8 名	
事業所所在地	〒 569-1042 大阪府高槻市南平台三丁目29-10	
電話番号	072 - 697 - 7031	
FAX番号	072 - 697 - 7031	
ホームページアドレス	https://hananokai.info/	
電子メールアドレス	hananokai-resupaite@poppy.ocn.ne.jp	
事業開始年月日	平成18年10月1日	
職員・従業員数※	正規 1 名	非正規 9 名
専門職員※	有資格専門職 0	
施設・設備の概要※	[居室] 個室 5室	
	[設備等] リビング兼ダイニング・キッチン・トイレ・浴室 テレビ・玩具 等	

※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】

〔法人理念〕『共に学び、共に働き、共に生きる』

〔基本方針〕『個人が人として尊厳をもって、家庭や地域の中で、障がいの有無や年齢にかかわらず、その人らしい安心と活力のある生活が送れるよう（法人と支援者は）社会的障壁と闘い、自立と社会参加を支援する。』

【施設・事業所の特徴的な取組】

①法人内で調理された食事の提供

法人は生活介護、共同生活援助など幅広い事業を展開しています。日中、生活介護に通所している利用者が短期入所に食事を運ぶなどの仕事を任せられ、意欲的に取り組んでいます。食事は栄養士が献立し、業務委託せず直営で調理しています。栄養バランスが整った彩り豊かな食事は利用者の楽しみとなっています。

②送迎に対応

自力通所の方もいる一方で、個別柔軟に送迎に対応しています。送迎時には本人だけでなく、家族とのコミュニケーションを大切にしています。

③日中利用時のお出かけ

利用が日中も継続される方には、ドライブ等をはじめ、散歩など地域に出かけるプログラムを提供し、リフレッシュの一助となっています。

【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6月1日～令和8年1月7日
評価決定年月日	令和8年1月13日
評価調査者（役割）	1401B017（運営管理・専門職委員） 070B031（専門職委員） （ （ （

【総評】

◆評価機関総合コメント

花の会短期入所事業部は、第2共働舎花の会生活介護事業所に併設され、高槻市中西部の名神高速道路沿線の北側に位置し、JR摂津富田駅から車で約10分程の場所にあり、周りはマンションや会社等も多く静かな環境にあります。

建物は、2階建てで1階には法人の調理室があり、2階が短期入所で職員室、食堂、個室(5室)、浴室、トイレがあります。利用者の定員は、短期入所5名、日中一時支援8名となっています。利用者は主に市内の障がい児(者)ですが、隣接の市・町からも利用されています。また、1階の調理室は、花の会短期入所事業部やグループホーム(GH)の夕食づくり、配食を行なうなど「食事」を担っています。

「花の会」は昭和58年無認可作業所からスタートし、昭和63年に社会福祉法人花の会を設立して今日に至っています。高槻市内で障がい児・者を対象とした各種支援事業を展開し、日中活動支援では生活介護事業のほか、児童発達支援・放課後デイサービスを、地域生活支援ではガイドヘルパーやグループホーム(GH)、就労継続B型事業、就労移行支援、相談支援事業等と幅広く運営し、短期入所は、平成20年に運営開始され今年19年目を迎え、家族のレスパイトなどの役割を担っています。法人は、運営開始38年(法人となつてからは27年)を経過し、地域に根差した福祉サービスを提供し、地域とのつながりを大切にして、地域にはなくてはならない存在となっています。

◆特に評価の高い点

1. 総合的な人事管理と、将来を描く仕組みづくりの充実

業務評価表に職員の採用や昇進・昇格等の基準を定め、昇格テストを実施するとともに、職務遂行能力や貢献度などを評価する人事考課を実施しています。また、資格取得支援制度やキャリアパス、目標管理シート、職員面談等が整備され、将来を描くことのできる仕組みができています。

2. 障がいに応じた個別支援

自閉スペクトラムや行動障がい、視力障がいなど多様な利用者が日替わりで利用していますが、個々の特性に応じ、安心して過ごせる居場所の確保を工夫を凝らしながら行っています。

3. 本人及び家族との良好な関係

家族が安心して本人を送り出せるよう信頼関係の構築に努めています。送迎時の家族からの申し送りや利用中の本人の様子共有など、手紙を通して行うだけでなく、直接、口頭で伝えることが家族の安心感につながっています。

◆改善を求められる点

1. 利用者や家族への事業計画の周知

利用者や家族、職員が参加する年1回の花の会総会で単年度計画を配布・説明されていますが、短期入所利用者や家族の参加が少なく不十分なので、今後、単年度や月間計画、イベント案内等を掲示・周知することが望まれます。また、利用者には、わかりやすい文言やルビを振る、写真を入れるなどして、よりわかりやすい計画や資料を作成し、掲示や説明することが求められます。

2. 管理者の責任の明確化

事業所の経営や管理に関する方針や取組みを明文化できていません。今後、管理規定等に明文化することが求められます。また、自らの役割や責任等は職務分担表等に文書化し、レスパイト会議や面談などで職員に周知することが求められます。

3. 管理者の役割や責任の明確化

平常時や有事において管理者の役割や責任や、管理者不在時の権限委任等が明確化できていません。今後、管理者の役割や責任の明確化や、不在時の権限委任等を業務分担表等に明記することが求められます。

4. 実習生の教育・育成体制の構築

事業計画等の実習生の受入れに関する基本姿勢の明記がなく、実習受入れマニュアルやプログラムがありません。実習生の教育・育成は福祉施設の責務でもあり、人材獲得にもつながる可能性もあります。今後、実習受け入れ体制を整備し、要望があれば受入れすることが求められます。

5. ヒヤリハットの積極的な収集

ヒヤリハットの積極的な収集が行われていない状況が見受けられます。ヒヤリハットは“気づき”と言い換えることができ、気づきは支援の質の向上に直結する大切な情報です。職員が安心して積極的に報告ができる仕組みの構築が求められます。

6. マニュアルの見直しの仕組みの構築

業務マニュアルが作成されましたが、施設の有するマニュアルの中には改定されていないものが複数あります。今後、全てのマニュアルを定期的に見直す仕組みが必要です。

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

管理については正職員がいない中でこれからどのように職員のキャリア形成を支援していけるかが課題と考えています。

短期入所の性質上、多くの利用者に対応が必要であり、職員には高い支援スキルが求められますが、この点についてはさらなるスキルアップにつながる取り組みが必要であると感じています。

ご家族との信頼関係を重視してきたことを評価いただけたことは良かったと思います。

改善点として指摘をいただいたことについては認識はしているものの手が付けられていないものも多く、どのように取り組んでいくべきか今後検討が必要であると考えています。

ヒヤリハットが少ないですが、日常の支援課題の共有はグループラインで行えており、こういった方法も活用して記録と情報の共有をさらに進めていきたいと考えています。

◆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。	b
(コメント)	■理念と基本方針は、ホームページ(HP)や事業計画、広報誌等に明文化するとともに、レスパイト会議や支援会議で職員に周知しています。また、法人の使命や目指す方向が明示され職員の行動規範となる内容になっています。 ■利用者や家族への周知は、HPや広報誌に掲載するほか、年1回の花の会総会で資料を配布・説明されていますが、短期入所利用者や家族の参加が少なく不十分です。今後、契約時での説明やちらしなどを作成し、配付・周知することが望まれます。 ■利用者にわかりやすい文言などで作成した理念と基本方針を施設内に掲示するとともに、契約時などに利用者や家族に文書化した理念と基本方針を配付・説明することが望まれます。	

		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。	b
(コメント)	■毎月、管理者がサービスのコスト分析や利用者の推移、利用率の分析が行なわれていますが、事業運営について職員の理解が低いようです。今後、運営について職員の意識を高める研修会の実施やレスパイト会議での説明が望まれます。 ■社会福祉事業全体の動向と、地域の障がい福祉計画の策定動向や内容の把握・分析ができていません。今後、福祉事業全体の動向は、厚労省や大阪府のHP、法人の会議や本部の資料、福祉新聞等から把握・分析することが望まれます。また、高槻市障がい福祉計画については、市のHPや事業所連絡会、法人内の他事業所の施設長等から計画内容の情報収集を行い分析することが望まれます。	
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)	■事業所の経営課題は、法人の事業運営会議や事務局長会議等で分析するとともに、事業所のレスパイト会議等で把握・分析しています。また、改善すべき課題等は、理事会や評議員会を通して理事や監事等と情報共有しています。 ■事業所の経営課題は、レスパイト会議や支援会議を通して職員に周知しています。また、課題の解決・改善に向けては、毎月の研修や職員面談のなかで指導・助言を行っています。	

		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。		
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)	■理念や基本方針を基に中期計画を策定し、その計画には、理念や目指すべき目標、運営の透明性、利用者の人権尊重と支援の質向上、人材の確保と育成、地域貢献等を網羅しています。 ■中期計画は、具体的な成果を設定する内容で、必要に応じて法人の事業運営会議や事務局担当で見直しできていますが、対比できる数値目標の明記がありません。今後、数値目標の明記が望まれます。	
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 b
(コメント)	■単年度の計画は、中期計画の課題内容を反映した実現可能なものを策定しています。計画は、基本方針や重点目標、利用者支援、職員配置、収支計画、防災計画、職員研修等の現実的な行動計画になっています。今後、収支計画以外でも対比できる数値目標の設定が望まれます。	
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)	■単年度計画は、レスパイト会議等で検討・作成し、法人の事業運営会議で決定後、花の会総会やレスパイト会議、支援会議で職員に配付・説明しています。 ■単年度計画の実施状況の把握や評価・見直しができていません。今後、定められた時期や手順に基づいて実施状況の把握や評価・見直しが望まれます。また、計画の作成手順書の策定も望まれます。	
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)	■利用者や家族、職員が参加する年1回の花の会総会で単年度計画を配付・説明されていますが、短期入所利用者や家族の参加が少なく不十分です。今後、単年度や月間の計画、イベント案内等の配付や掲示し周知することが望まれます。 ■利用者には、わかりやすい文言や写真を入れる、ルビを振るなどして、よりわかりやすい計画やイベント内容等の資料を作成し、掲示したり説明することが求められます。	

		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		
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)	■年1回虐待防止チェックの実施やケース検討会、支援会議を行いサービスの質向上を図られていますが、評価体制が整っていないので整備する必要があります。また、年1回は、業務振返りや評価基準に基づいて自己評価を行うことが望まれます。 ■今回、第三者評価初受審ですが、今後も受審を検討するとの確認をしています。また、評価結果は、レスパイト会議で検討するともしています。	

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)	■レスパイト会議や支援会議で利用者の支援内容や課題について共有されていますが、サービス内容や課題の評価や分析ができておらず文書化もありません。今後、評価・分析を行うとともに文書化することが望まれます。 ■サービスの質向上に向けて評価・分析し、改善策や改善計画を策定する仕組みと、改善の実施状況の評価や改善計画を見直す仕組みづくりが望まれます。	

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。	c
(コメント)	■事業所の経営や管理に関する方針や取組みについて、職員間で一定の共通認識はあることは確認できましたが、そのことについての明文化ができていません。今後、管理規定等に明文化することが求められます。また、自らの役割や責任等は職務分担表に文書化し、レスパイト会議や研修などで職員に周知することが求められます。 ■平常時や有事において管理者の役割や責任、管理者不在時の権限委任等が明確化できていません。今後、管理者の役割や責任の明確化や不在時の権限委任等を業務分担表等に明記することが求められます。	
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)	■管理者は、遵守すべき法令を理解し利害関係者と適正な関係を保つとともに、企業向けのハラスメント研修や府社協の虐待防止研修、法人内の交通安全研修等に参加しています。参加後は、伝達研修等を行い職員に周知しています。 ■施設運営に必要な各種法令の変更についてはその都度市から通知があり、レスパイト会議や支援会議で職員に周知しています。 ■施設に関係する法令は、障害者虐待防止法や個人情報保護法等のほか、消費者契約法や労働契約法、労働安全衛生法、消防法等と多方面にわたります。今後、関係法令のリストアップを行い、優先度を考慮しながら、職員への周知を期待します。また、法令遵守研修の実施を望みます。	
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
(コメント)	■サービスの質向上のため年1回虐待防止チェックのほか、毎月のレスパイト会議や支援会議で評価・分析を行っています。また、管理者がレスパイト会議や支援会議に参加し指導力を発揮しています。 ■サービスの質向上に向けてレスパイト会議や支援会議、職員面談を通して意見や要望を確認しています。また、レスパイト研修計画を企画し実施しています。今後、事業報告書に研修報告一覧の掲載を期待します。	

II-1-(2)-②	経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	b
(コメント)	■経営改善や業務の実効性を高めるために人事や労務、財務などの分析は本部事務局の担当が行っていますが、今後管理者としても行うことが望まれます。 ■利用者の人数や利用者像に応じて勤務シフトを調整したり、希望休を聞くなどしています。また空気清浄機を設置し環境の改善にも努めています。 ■経営改善や業務の実効性の向上に向けて、レスパイト会議や職員面談のなかで課題を挙げて協議しています。また、週1回30分グループ面談を行い課題の共有・検討等を行っています。	

	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。

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)	■事業所に必要な人材や人員体制に関する基本的な考え方、またサービス提供に必要な有資格者の配置などの具体的な計画がありません。今後、必要な計画を固め、事業計画等に明記することが望まれます。 ■必要な人材は、ハローワークやHP、学校との連携を通して確保するとともに、人材育成は、レスパイト人材研修計画やOJT指導を通して行っています。また、法人内研修や施設外の研修を通じて育成しています。	
II-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	b
(コメント)	■理念や基本方針に「期待する職員像」を明確にして、レスパイト会議や職員面談等で周知しています。 ■業務評価表に職員の採用や昇進・昇格等の基準を定め、昇格テストを実施するとともに、業務評価表に基づき職務遂行能力や貢献度などを評価する人事考課を実施しています。しかし、職員処遇の水準について、処遇改善の必要性等を評価・分析できていません。今後、それらについての評価・分析が望まれます。 ■資格取得助成制度やキャリアパス、目標管理シート、人事考課制度、職員面談等が整備され、将来を描くことのできる仕組みができています。	

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組んでいる。	b
(コメント)	■管理者が労務管理の責任者となり、職員の有給休暇取得状況や時間外労働などのデータを確認・把握しています。 ■職員の心身の健康と安全のため年1回の健康診断やストレスチェックを実施するとともに、診断やチェックの結果、問題があれば産業医から監査部の担当に連絡があり本人に伝えていきます。 ■職員面談の実施や、ハラスメント規定を策定し相談窓口を設置されていますが、相談窓口や担当者等の掲示がありません。今後、作成し掲示することが望まれます。 ■ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組みや福祉人材・人員体制の具体的な計画がありません。今後、働く人に配慮したバランスの実施や計画の策定が望まれます。 ■働きやすくするために有給休暇の取得促進や資格取得助成制度の実施、研修の充実を図っています。また、キャリアパスや目標管理シート、人事考課制度、職員面談等を行い、職場の魅力を高める取組みを行っています。	

Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

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)	■理念や基本方針に「期待する職員像」を明記し、職員一人ひとりの目標管理シートを設定しています。そのシートは、目標の項目や期限等を明確にできています。 ■管理者は、職員の目標管理のため職員に年3回以上面談を行い、目標の設定や進捗状況、達成度の確認を行い、次年度につなげています。	
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)	■理念や基本方針に「期待する職員像」を明記されていますが、事業所に必要とされる専門技術や資格の明記がありません。今後、明記することが望めます。 ■レスパイト内部研修計画により研修が実施されていますが、計画の評価・見直しや研修内容等の評価・見直しができていません。今後、計画や研修内容等の評価・見直しを行うことが望めます。	
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)	■管理者は、職員との面談や接するなかで知識や支援水準等を把握するほか、職員の専門資格書を複写、ファイリングし把握しています。 ■法人やレスパイト内部研修等を実施するとともに、先輩が個別にOJTを行い指導しています。 ■階層別や職種別、テーマ別研修は、法人内研修やレスパイト内部研修のほか、大阪府社会福祉協議会等の外部研修を活用しています。また、研修に参加できるように職員の勤務状況に合わせたりシフト変更などを行っています。	

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。

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。	c
(コメント)	■事業計画等の実習生等の受入れに関する基本姿勢の明記がなく、実習受入れマニュアルやプログラムもありません。また、実習指導者も不在です。実習生育成は福祉施設の責務であり、人材確保につながる可能性もあります。今後、時間を要してでも実習受け入れの体制を整備し、要望があれば受入れすることが求められます。	

		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。	b
(コメント)	■HPに法人の理念や基本方針、事業内容、活動状況、予算・決算等を公表するとともに、理念や基本方針は、法人や事業所の存在意義や役割を明確にしています。 ■事業所の地域福祉向上の取組みや、苦情・相談体制、苦情内容・対応方法等の公表ができていません。今後、福祉向上の実施状況や苦情内容・対応方法等の公表が望めます。また、初受審の第三者評価結果の公表は、検討すると確認しています。 ■第三者委員を2名配置されていますが、苦情・相談受付体制の掲示がありません。今後、玄関などに掲示することが望めます。 ■事業所玄関に法人の広報誌や地域誌などを置かれています。今後、短期入所事業所独自の広報紙などを作成し、利用者や家族、関係施設、市役所や市社協、各相談支援事業所などへ配布が望めます。	
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。	b
(コメント)	■法人が定めた経理規程に事務や経理等のルールを定め事務や取引等を行うとともに、レスパイト会議や面談で職員に周知しています。 ■定期的に会計事務所の財務のチェックを受けていますが、経理や取引などの内部監査や、外部専門家による事業の監査支援ができていません。今後、内部監査や外部の監査支援を行うことが望めます。	

		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。	b
(コメント)	■事業計画等に地域との関わりの基本姿勢の明記がなく、地域の社会資源やイベント等の情報提供ができていません。今後、地域の社会資源やイベント等の情報収集や提供を行うとともに、職員間での情報共有が望めます。 ■利用者のニーズに応じて、買い物や公園に行ったり散歩を行っています。	
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。	c
(コメント)	■事業計画等にボランティア受入れの基本姿勢の明文化がなく、ボランティア登録簿などの受入れマニュアルがありません。今後、計画等に（日中の活動でのサポートなど）ボランティア受入れの基本姿勢の明記や受入れマニュアルの作成が求められます。 ■事業計画等に学校教育への協力の基本姿勢がなく、学校教育への協力がありません。今後、計画等に基本姿勢の明記と協力が求められます。 ■短期入所の特性や職員配置などでボランティア受入れや学校教育への協力が難しいかも知れませんが、要望があれば事業所の使命と考え受入れを検討することが求められます。	

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。	b
(コメント)	■利用者の状況に対応できる障がい関係のリストはありますが、職員間で共有できていません。今後、職員間で共有するほか、社会資源リストの充実が望まれます。 ■毎月、相談支援事業所と担当者会議を実施されていますが、支援事業所等と共通の問題に対して、解決に向けての取組みができていません。今後、問題解決に向けての取組みが望まれます。	
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	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
(コメント)	■短期入所の職員配置や勤務体制で関係機関や団体との連携、地域の各種会合への参加、地域住民との交流を通して福祉ニーズの把握を行うことは難しい状況です。今後、相談支援事業所との連携強化や、管理者が市障がい者事業所連絡会の短期入所部会長ですので、会合に参加し福祉ニーズ等の把握が求められます。 ■短期入所単独で地域福祉ニーズの把握は難しいですが、法人の運営協議会に地域住民が参加したり、市の自立支援協議会に法人として参加するほか、市内の各種連絡会に参画し、情報交換や連携等を通して福祉ニーズを把握しています。	
Ⅱ-4-(3)-②	地域の福祉ニーズ等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)	■短期入所単独での公益的な事業や活動は、スタッフの数からしても難しいことですが、法人内の他事業所では「こども食堂」の実施や、サポートステーションとしての『居場所カフェ』や『子育て支援タイム』といった事業を行なっています。 ■法人の障がい者就労支援ネットワーク主催で障がい者の就労研修やキャリアアップ等の講演を行っています。 ■花の会本部と、グループホームの一か所は、市から「第2次福祉避難所」の指定を受け、第2共働舎花の会には、3日間の備蓄物品を備えています。	

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)	■理念や基本方針に利用者尊重の姿勢が明示されており、施設としても最重要課題であると認識し、利用者の尊重や基本的人権への配慮について、計画的に研修を実施しています。 ■利用者の尊重や基本的人権の配慮について、職員は業務振り返りチェックシート使い、年1回自己評価しています。今後、振り返りシートを活用し、職員個々がどれだけ人権への配慮について理解しているのかを定期的に評価を行い、対応していくことが求められます。	

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。	b
(コメント)	■レスパイトで宿泊する居室は全て個室であり、ハード面での配慮は十分できる環境が整っています。 ■しかし、大切な書類や職員の連絡先等が目につく場所にあり、漏洩の危険があり、今一度、職員の意識を見直す必要があります。今後、プライバシー保護についてのマニュアルを整備し、利用者・職員のプライバシーや個人情報を護る体制を整えていくことが求められます。	
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。	b
(コメント)	■利用希望者に対してHPの掲載や、関係各所に配布してます。現在、短期入所のニーズが高く、新規の問い合わせが絶えない状況です。見学者には施設長が個別に丁寧な説明を行っています。 ■施設を紹介する資料は、誰にでもわかりやすい内容や写真の掲載等、工夫をした資料を作成することが求められます。	
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。	b
(コメント)	■サービスの開始においての説明は施設長が行っており、利用者や家族のペースで話し、質問にも丁寧に答えています。不安なく利用してもらえるよう、利用中の過ごし方の希望も聞き取っています。 ■今後、意思決定が困難な利用者には、個別に視覚的要素などを用い、意思を引き出しやすいように工夫していけるよう資料の見直しが必要です。	
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。	b
(コメント)	■家庭から地域のグループホームに移行し、短期入所の利用が終了した場合でも、当法人の移動支援や相談支援事業を利用する人もあり、一つのサービスが終了しても安心できる暮らしが継続できるよう、必要なサポートを続けています。 ■事業所の性格上、該当するケースはきわめて限定的で、「非該当」としてもよい項目ですが、可能な限りの配慮・対応がなされており、評価をしました。	
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。	b
(コメント)	■長く利用している利用者でも月の利用は1泊2回が平均です。また、利用目的も家族のレスパイトや本人の余暇的な利用が多く、利用者満足の向上を目的とした仕組みの整備には至っていませんが、日々の利用者の様子や家族の意向は丁寧に把握し、施設内での小さな体験をするなかで成長していけるよう支援しています。 ■今後、利用後に簡単なアンケートを行うなど、施設としての取り組みが求められます。	
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。	b
(コメント)	■苦情解決の体制やマニュアルの整備はできていますが、苦情を出しやすくするための工夫には至っていませんでした。今後、ポスターを掲示したり、意見箱を設置するなどの工夫が求められます。	

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)	■利用者が話をしたいときには、ゆっくり傾聴するよう心がけています。短期入所利用時には個室があり、時には個室でゆっくり聞くよう配慮しています。 ■今後は、利用者や家族の意見を出しやすいように、文書を配付したりわかりやすい場所に掲示する等の配慮が求められます。	
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)	■利用者からの相談や意見があったときには、SNSツールを用いた情報共有を行っており、迅速に対応しています。また、レスパイト会議や支援会議にて対応を協議し、改善策に繋げています。 ■今後は、仕組みとして機能できるよう体制の構築が求められます。	
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。	c
(コメント)	■事故緊急対応マニュアル・安全管理マニュアルは作成されていますが、見直しや更新が一部できていません。また、ヒヤリハットの報告件数も少ない状況です。 ■利用者へ安心・安全な環境を提供することは施設として大きな責務ですので、職員全員で協議し、現状の見直しと早急な体制構築が求められます。	
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)	■感染予防対策マニュアルや感染症BCPを整備し、感染症予防や利用者の安全確保について職員に周知徹底しています。 ■感染症発生時や予防について職員が統一した意識を持って行えるよう年4回、法人の栄養士や市の訪問看護師を招いてGHと合同で研修を行っています。 ■今後は、感染予防対策マニュアルや感染症BCPの定期的な見直しが望まれます。	
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。	b
(コメント)	■防災計画のもと避難訓練は年4回、隣接する法人施設と合同で実施しています。 ■食料の備蓄は法人の栄養士が行っていますが、備蓄リストの作成までには至っていません。 ■現在、短期入所を利用している方の中には自力通所で来る方もおり、今後は送迎時や外出時を含め、利用者の安否確認の方法を明確にされることにより、利用者自らの防災意識の向上が望まれます。	

		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)	■呼称や同性介助について努力され、日々の利用者支援のあり方、障がい特性の理解についてレスパイト会議や支援会議、研修にて周知しています。 ■業務マニュアルの中に個別支援の中の配慮事項も含め、記載されていますが、食事、排せつ、入浴といったサービス場面ごとのマニュアル作成には至っていませんでした。今後、これらのマニュアル整備が必要です。	

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。	c
(コメント) ■標準的な支援について、支援会議等で協議する機会がありますが、正しく実施されているかを確認する仕組みはありません。今後、業務マニュアルの見直しは職員全員での検討が望めます。	
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。	b
(コメント) ■契約時に施設長がフェイスシート・質問確認シートを用いた聞き取りを行い、支援計画シートとしてインテーク、アセスメント、プランニングを一体的に作成しています。 ■計画相談支援を利用している利用者は、サービス担当者会議時に関係職員として参加し、状況の把握に努めています。 ■施設長一人で各利用者の計画を作成していることから今後は、関係職員の合議を含んだ、手順をもって作成していくことが求められます。	
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。	c
(コメント) ■支援計画の見直しは3か月に1度行っていますが、定期的に再アセスメントを行い、新たなニーズを把握し、モニタリングから計画の見直しによる具体的な手順を明確にすることが望めます。	
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。	b
(コメント) ■記録に関する研修を行っており、可能な限り、記録内容に差異が生じないように努力していますが、ばらつきがある状況です。手書きでの記録が多く、誤字脱字も多いことから、ICTを活用した記録の体制構築の検討を求めます。	
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。	b
(コメント) ■法人の文書管理規定に基づき、記録管理の責任者が置かれ、施設の終業時には書棚の鍵をかけて退出しています。また、個人情報の取り扱いについて、利用者等に対し契約時に説明を行っています。 ■今後は、職員に対し個人情報保護規定の研修を行うことで、理解と遵守を促していくことが求められます。	

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		
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)	■レスパイト目的の利用のため、個々のやりたいことを自由にできるよう環境整備等を行っています。また、夕食後のティータイムの時間があり、嗜好に合わせた飲み物は利用者の楽しみになっています。 ■テレビの番組を決めるときなどは、利用者同士が話し合い、お互いが納得できるように職員が介入していますが、職員の技量水準にばらつきがあるようです。 ■今後、合理的配慮や利用者の権利についての検討を施設の事例を用いて検討を重ねていくことを期待します。	
A-1-(2) 権利擁護		
A-1-(2)-① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。		b
(コメント)	■毎月の支援会議にて利用者の状況の確認や支援に対する方針について話し合うほか、業務振り返りチェックシートを活用し、日々の業務の振り返りを行っています。また、権利擁護に関する研修も計画的に行っています。 ■法人で虐待防止・対応のマニュアルを整備しているほか、という不適切支援があった際の届出のフローチャート（「どうしたらいいの？」）を作成し、職員、利用者、家族のだれもが秘匿で通告できる体制を整えています。今後、運用していくために定期的な周知が必要です。	

		評価結果
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)	■一人ひとりの状況にあわせて、自分で取り組むこと、見守りや支援が必要なことを確認し支援をしています。また、達成感や成長を実感できたときには、本人をほめるだけでなく、家族にも報告し喜びを共有するよう努めています。 ■生活の自己管理ができるよう職員がモデルを示し、段階的に取り組んだ結果、玩具を片づけれるようになったり、荷物の管理ができるようになった事例があります。 ■今後は、一人ひとりの個別支援計画に見守りと支援の内容を明記し、それにもとづいた支援を行っていくことが望まれます。	
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)	■利用者とのコミュニケーションを大切にしており、言語だけではなく、利用者の状況により手話や指文字、身振り等の非言語コミュニケーションにて意思疎通できるよう工夫しています。 ■場面緘黙症の利用者の為に内部研修にて障がい特性の共通理解を行うとともに、支援の確認を行い、筆談によるコミュニケーションを行うことで意思や希望を理解するよう取り組んでいます。	

A-2-(1)	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)	■定期的に利用している方から、たまにしか来ない方までさまざまな利用の形がある中で、一人ひとりの利用者に応じて話しやすい環境に配慮しています。また、地域のイベントや法人内の行事などがあるときは利用者や家族に周知しています。 ■今後は、利用者から聞き取った話を個別支援計画に反映したり、支援全体の調整をしていくことが求められます。	
	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)	■一人ひとりに応じた活動、遊び、楽しみ方を考えて提供しています。また希望や意見を聞きながら、新しい体験にも取り組むようにしています。 ■お出かけや戸外活動、お買い物体験等の多種多様な利用者の日中活動を提供しています。活動の中で、利用者から遊び等の変更の希望があれば、柔軟に対応しています。 ■今後、個別支援計画に位置づけることで、これらの活動をする意味、支援の目的を明確にしていくことが求められます。	
A-2-(1)	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)	■職員間で、レスパイト会議会議や職員会議等において、利用者の障がいによる行動や生活の状況等の情報共有や理解、支援方法の検討を行っています。 ■利用者の障がい状況や相性等を考慮して、利用者間の関係調整を必要に応じて行っています。	
A-2-(2) 日常的な生活支援			
A-2-(2)	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)	■食事や排泄等が心理的な負担にならないよう、利用者一人ひとりに応じた取り組みを考えて実施しています。 ■食事は、法人内事業所で作ったものを提供しており、直営の給食となっています。季節の野菜などを取り入れ、ボリュームのある内容でした。 ■今後は個別支援計画にもとづく一体的な支援ができる体制を整えていくことが求められます。	
A-2-(3) 生活環境			
A-2-(3)	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)	■利用者はその時の気持ちによりリビングや個室で過ごすなど、思い思いに過ごしています。建物は古いですが、室内は清潔感あふれ、明るい雰囲気です。 ■以前までは、リビングにしかテレビがありませんでしたが、最近、各居室にテレビを設置し、生活環境に関する改善を行っています。	
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練			
A-2-(4)	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。	—
	(コメント)	短期入所・日中一時支援の事業所であるため「非該当」とします。	

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。	b
(コメント)	■通所時には、保護者から体調を聞いたり、体温を測定しています。また、身体状況のチェックも入浴等の際に行うように心掛けており、利用者の健康状態の把握に努めています。 ■健康維持のために、食後には歯磨きを行い、天気の良い日には散歩に行くなど、意識して取り組んでいます。また、ラジオ体操やはにたん体操をするなどし、楽しく過ごしています。 ■今後は、看護師による健康相談や健康面での説明の機会を定期的に設けるなどし、家族にも健康の意識を向上させる取り組みが求められます。	
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)	■通所時に薬を預かることがあり、日常的な服薬管理が必要な状況です。誤薬等がないよう施設として服薬管理マニュアルは整備されていますが、医療的な支援の実施についての基本的な考え方は示されていません。今後、誤薬や飲み忘れがあったときの対応をどうするか検討し、マニュアルに追記していくことが求められます。 ■アレルギーやてんかん発作への対応については、契約時に確認を行い、食事面や生活場面の中で配慮した支援を行っています。	

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。	—
(コメント)	短期入所・日中一時支援の事業所であるため「非該当」としますが、社会参加体験の機会として、利用時、ドライブに行ったり、花火をしたり、虫取りをしたりと利用者の意向に沿った支援を可能な範囲で行っています。	

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。	—
(コメント)	短期入所・日中一時支援の事業所であるため「非該当」とします。	

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)	■利用時の様子は毎回、伝えています。どのように過ごしていたのかを詳細に記しています。また、送迎時にも直接、家族に様子を伝えるなどすることで家での様子も把握するよう努めています。 ■サービス担当者会議にも出席し、利用者の生活状況等を情報共有するとともに家族の困りごと等にも可能な限り対応しています。	

		評価結果
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）	短期入所・日中一時支援の事業所であるため「非該当」としますが、保護者等からの聞き取りによって子どもの発達過程や障がい特性を把握し、個別支援に重きを置いています。特に低年齢児を受け入れる際には人員体制にも配慮しています。 また、子どもが安心・安全に過ごせるよう、遊びや活動を通して信頼関係を築いています。	

		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）	短期入所・日中一時支援の事業所であるため「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）	短期入所・日中一時支援の事業所であるため「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）	短期入所・日中一時支援の事業所であるため「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	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