



【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 28 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】この世に生をうけた人びとが等しくその個性をもったまま尊ばれ、共に生き共に認め合い支え合う笑顔あふれる福祉社会をつくることを使命とする。

【運営姿勢】継続と貢献：◆利用者、家族、地域住民の要望に応える運営を行い、福祉社会への情報発信に努める。◆安心、安全なサービスの提供と質の向上を図り、信頼獲得に努める。◆社会的な要請への対応と法令遵守を基調に安定的で継続性をもった経営を行なう。◆地域社会の行動拠点として、施設と利用者が地域社会の一員としての役割が果たせるよう取り組む。

【職員行動規範】専門職として誠実に：◆専門性にもとづいた利用者支援を主体性と責任感をもって実践する。◆利用者の持っている潜在能力、残存能力を発見する想像力と探求心をもつ。◆自己研鑽に励み、仕事を通じて成長が実感できるように努める。◆明るく楽しくいきいきと仕事に取り組む。

## 【施設・事業所の特徴的な取組】

【障がい児入所施設「きぼう」】 就学～18歳までの知的・適応能力に課題がある児童が、地域(家庭を含む)に復帰できるよう、SST(社会生活技能訓練)や動作法の活用もしています。いままで苦手であったことが主体的にできるようにサポートしています。

【施設入所支援「かがやき」】 施設から出て地域で“あたりまえ”に暮らせることを目標に、一人ひとりに応じた食事や入浴の支援はもちろん、生活リズムを整えたり、「どうすればその人らしい暮らしができるか」を基本に支援を考えています。また、グループホームの利用体験を通じて地域移行の推進にも取り組んでいます。

【多機能型事業所「工房みさき」】 生活介護と就労継続支援B型を展開し、愛の家の基本理念である、利用者の「経済的、社会的な自立」を目指して労働の保障・就労支援に力を入れています。就労を視野に、作業を通じて『できる』という喜びを感じてもらい、社会的な自立(就労)をめざした支援を心がけています。[\*今回評価の対象外]

## 【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2年11月11日～令和2年11月12日
評価決定年月日	令和3年2月2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1971年に知的障がい児施設として開設されました。南海本線「淡輪駅」から徒歩で約10分のところにあります。利用者が「豊かな生活をおくれるよう」「社会的な自立」を目標に「地域の人たちとともに歩む」「経過施設の役割」を基本理念として、成人を含めた総合福祉施設、多機能型事業（生活介護）、グループホームを運営しています。「愛の家」は次年度で創立50周年を迎えます。グループホームについては、本体施設から離れて設置されているため、近くに建設の構想がありますが、津波の災害の可能性があるため許可が下りない状況です。また生活介護は、別棟であった作業棟が台風により損壊したため本体施設での展開を余儀なくされています。このような課題を抱えながら、まずは成人の定員（35名）の充足（児童部は20名満床）を目標にして支援を展開しています。職員の人事については、「愛の家」での児童部と成人部間での異動はあるものの、法人内の他施設への異動はありません。

### ◆特に評価の高い点

- ① **研修が充実**：対象も全職員に拡げて出張報告、参考資料、伝達講習の実施など丁寧に整理されています。内部での伝達講習資料も工夫して他職員にわかりやすい内容となっています。
- ② **通知表を郵送**：家族とのコミュニケーションの充実のため毎月（本人の最近の様子や写真を掲載した）されています。ご家族への安心につながっています。
- ③ **子どもたちの声によく耳を傾けている**：「子ども会議」については毎月1回実施されています。担当職員が出席し、記録もなされて報告されています。皆さんの声を聞く相談の機会ともなっています。
- ④ **職場の風通しのよさ**：いつでも相談できる職員やリーダー、上司がいるとのこと。特に施設長とは気軽にコミュニケーション（相談）をとれる関係性のようです。経験年数の少ない職員への配慮として、支援会議で意見を出しやすいグループワークを導入するなどの工夫もみられます。

### ◆改善を求められる点

- ① **地域移行に向けた具体的取り組みが不足**：「施設から出て地域で暮らすことができるよう経過的役割を果たす」と基本理念に謳われていますが、具体的な取り組みが不足しています。
- ② **作業棟の建設**：作業棟を早期に設け、充実した生活介護プログラムの提供が望まれます。
- ③ **マニュアル整備の仕組み**：前回の「第三者評価」の指摘事項であるマニュアルの整備・見直しについて、組織的に実施できるよう仕組みを定め、定期的な検証を行なってください。
- ④ **チェックシートの活用**：「基本業務チェックシート」のまとめを頻回に行ない、評価分析の仕組みを備え、管理者からのコメントを添えるなど充実化して、一層の活用を求めます。
- ⑤ **記録の仕組み**：日々の入力した内容をプリントアウトして手渡すシステムですが、パソコンのネットワークシステムを利用して事業所内での情報の共有化する仕組みを整備することにより、業務の効率化を図ってください。
- ⑥ **職員の男女バランス**：支援サービスにおいて「同性介護」が基本として考えられます。職員の男女比について検討を進めてください。

#### ◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回の評価結果を真摯に受け止め、改善を要する項目については速やかに改善し、利便性並びにサービスの向上に努めます。

また評価をいただいた項目については、維持することはもちろんですが、さらに上を目指して頑張ります。

#### ◆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。		
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) 理念等については施設内の随所に掲示されており、また、周知についても、職員の聞き取りにおいても確認されました。	
		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) 毎月の全体会議にて各事業所の詳細な経営状況と前月の稼働率等が資料も準備し報告されています。また、毎月経営コンサルタントの助言も受けています。	
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。	a
	(コメント) 月次会議において詳細な経営課題を提示し、必要な対策も講じられています。今年度は成人部においても稼働率を100%とする計画でしたが、コロナ禍のため実現できなかったとのこと。	
		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) 基本理念に沿った中期経営計画(3年間)が策定されています。内容も、職員や保護者とのコミュニケーション、運営、リスクマネジメント、コンプライアンスなどと多岐渡っていますが、数値目標が設定されていません。また、中身的には、理念にある「経過施設の役割」「社会的な自立」「地域に開かれた施設」といった項目と結びつく内容の計画が望まれます。	
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) 単年度計画は実現可能なものであり、中長期計画との遊離もありません。ただ、中長期計画において数値目標が示されていないことと関係して、着地点が不明確な項目もあります。	

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、職員が理解している。	a
	(コメント)	事業計画の策定については、[児童][成人]各々において原案を作成し、リーダー会にて検討を加え全体計画にまとめあげて施設長に提出されています。各職員が参画し、組織的な策定を行なう体制になっています。	
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)	[児童][成人]とも、保護者には、年度初めの全体の総会で報告されています。「子ども会議」の記録では、事業計画の説明は確認できませんでした。[成人]の利用者への周知については、言語理解が困難な方も多く周知の限界は了解できませんが、日常生活に密着した具体的な事柄については、伝達の工夫に努められることが望まれます。	

			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。			
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)	ハード面では府の補助の活用などで施設全体の冷暖房の改修を行なわれています。 [成人]特に、強度行動障がいの方への支援法については、統一化を図っています。 全職員を対象に「基本業務チェックシート」を用いた点検を半期ごとに実施し、全体会議でその報告がなされています。今後は、よりその頻度を高め、可能な限り個々の職員へ施設長からのコメントを返していけることが望まれます。	
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。	b
	(コメント)	平成28年度に第三者評価を受審しています。その際は「マニュアル」の必要性を指摘されており、以降今回の受審まで「マニュアル整備委員会」(1回/月)を開催し、作成に努められてきました。ただ、現場意見の吸い上げが少ないことは残念です。	

## 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。			
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。	b
	(コメント)	施設の現況と課題については把握認識されています。職務グレードフレーム(職階の内容)を設定して運営しています。課題については都度職員に説明し一定の理解を得ています。また職員より相談しやすいという声も聴かれましたが、自らの役割や職制に関しての職員への明確なメッセージはやや不十分とみられます。	
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ついては、各関係機関・関係施設長との連絡会議のほか、障がい者支援や福祉人材確保に関するまで幅広い部面の研修等にも取り組まれています。	

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。	b
	(コメント)	環境面では1回/月の「安全衛生委員会」を基軸に、産業医と共に施設内の危険箇所や段差の解消など改善に努められています。一方、支援面においても、研修研鑽への取り組みは申し分ありませんが、「基本業務チェックシート」のさらなる活用などを通じ、サービスの質の向上に、より一層注力されることが望まれます。	
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。	a
	(コメント)	月次会議においては、資金収支実績(予算・前期との比較)、事業運営状況(各部門)を提示して、職員の関心を喚起しています。特に[成人]の稼働率については、優先順位の一つにおいて実現へと努力しています。	

	<b>評価結果</b>
--	-------------

## 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)	新規採用者(常勤・非常勤共)に対しては「育成計画」を基に定着に努めています。 [成人]強度行動障がいの方を中心としたクラスにおいては男性職員の不足から他のクラスへの応援を求めるなど、職員の男女バランスに課題があります。あらゆる支援の場面で、同性介助の徹底ができるよう望まれます。	
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)	職員職階の基準表(職務グレードフレーム)を設けていて、本人評価、1次評価、2次評価として実施しています。施設長との面談は年2回行なわれています。	

### 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)	身近に相談できる先輩や同僚、上司が存在していて、「風通しのよい職場」だという声が、多くの職員から聴かれました。また、一般職員の時間外勤務は少ないとのことで、休日もほぼ希望どおりスムーズに取ることができています。就労環境上では、職員の専用休憩場所の確保が早期に解決されるべき課題です。	

### 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)	職員一人ひとりの育成に対する意識や取り組みは、高く評価できます。また、人事評価の仕組みについては、個人目標の設定を行ない、評価と面談を行なっています(2回/年)。	
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)	研修については全職員を対象として年間計画と実施内容が詳細に記録として保存されています。報告書については都度回覧をしています。内部研修の実施内容も整備されていました。さらにコンプライアンスにかかる研修も年間2回(虐待・安全衛生)実施されています。	

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)	職員の希望による研修の機会が保障されています。また施設側からの求めによる研修も提示されます。特に、強度行動障がいに関する研修への関心度は高く、他府県主催のものも積極的に受講しています。今後、人事評価上からも、職員個々の研修履歴記録の整備が期待されます。	
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。	b
(コメント)	受け入れのためのマニュアルは用意されています。受け入れ条件に「胃腸炎などの感染症の場合」などは謳われていますが、現在のコロナウイルス感染症を想定した記述は、まだ盛り込まれていません。マニュアルは適時の改訂が求められます。 保育実習が主であるため、児童部において積極的に受け入れています。今後、実習期間中には成人部での実習体験も組み入れることが望まれます。	

		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。		
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)	法人ホームページ、広報誌において、中期経営計画の中で、施設の計画、運営報告、決算情報を公開しています。苦情関係についても一定の情報公開がなされています。	
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)	1回/年「愛の家」の全部署にて担当者を決めて、自主チェックが行われていますが、公正・透明性という観点からは、外部の専門家による定期的な点検が不可欠です。	

		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。		
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)	町主催の海開きイベントや夏まつり、地元の夏まつりなどに利用者が参加しています。今後、地域の方を施設に招くなど相互交流的な取り組みへの展開が望まれます。	
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。	b
(コメント)	経営母体の関係で、NTT労働組合ボランティア主催の行事を受け入れています。施設内の交流ホールでは、毎年「ボランティア感謝会」を催しています。交流ホールの一角に「ボランティア室」がありますが、転用されており機能していません。 このほかにも、もちつき、吹奏楽団の演奏、地元ボランティアグループによる「サロン活動」などを受け入れ、各イベントには学生の参加もあります。このような多くのボランティア活動の受け入れ実績を下敷きに、早期にボランティア受け入れマニュアルの整備を進められるよう強く望みます。	

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている		
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。	a
	(コメント) 避難場所指定はありませんが、町とは「要配慮者の避難施設として民間福祉施設を使用する協定」を取り交わしています。また、「DWAT」として現在3名の職員が登録しています。内2名は大阪市内の災害派遣要員としても自主的参加しています。	
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 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) 施設内に芝生のグラウンドがあります。法人関係の人たちが時々が使用することはあるとのこと。今後は、地元住民が気軽に活用できるよう、利用者への影響がない範囲で地域に開放されることが望まれます。	
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) 地元民生委員が中心となって「サービス向上委員会」「ボランティア委員会」が、施設で定期的で開催されています。ただ、施設としての公益的活動は、地元との清掃活動、夜回り程度にとどまっているため、民生委員とのさらなる協働のもと、地域ニーズを踏まえたより積極的な活動への参画が望まれます。	

### 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。		
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。	b
	(コメント) 支援面を中心とした施設独自の「基本業務チェックシート」での業務点検に全職員が取り組んでいます。ただ2回/年という実施回数と全体会議の場での報告のみで、話し合いを深める機会が設けられておらず、また、施設長から個々の職員へのコメントもないなど、せっかくの取り組みが期待する成果を生んでないように思われます。なお、チェック項目についても随時の見直しが必要と考えます。	
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。	b
	(コメント) 法人としての「個人情報保護方針」があります。権利擁護委員会を2回/月持たれていて、ここは主に外部研修内容の伝達講習等の場となっています。[児童]では本人の希望に合わせ、例えば一部屋を3つに区切るなどして一人部屋を確保するよう工夫されています。ただ、仕切り壁が薄く隣の物音が気になるという声も聞かれました。すべてのトイレは構造上、廊下からは見えないようになっています。	
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。		
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。	b
	(コメント) パンフレットなどは、公共機関や関係機関には提供していないとのこと。民生委員との関係を積極的に利用して情報提供していく必要があります。	

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)	[児童]の契約の方についても、家族、子ども家庭センターとの協力を得て、丁寧に対応しているとのこと。	
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。	b
	(コメント)	[児童]では、退所された方から施設に電話がかかることが多く、支援員だけでなく本人を知っている事務職員も対応しています。リビングケアからアフターケアへの組織的な支援体制の構築が望まれます。	
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。			
33	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)	満足度に特に照準を合わせたアンケートなどは行なわれていません。個人的な要望を聞くことや「子ども会議」での聞き取りを行なっています。家族の総会への出席者が少ないため、家族からの要望を聞く機会は少ないとのこと。今後「第三者委員」による積極的な聞き取りや公聴会などの開催が望まれます。	
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。			
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。	a
	(コメント)	毎月の苦情については、ホームページ「お客様の声 承り状況」に掲載されています。第三者委員は民生委員と地区長の2名で、玄関に氏名などの掲示があります。1回/年 利用者の所有金銭を点検してもらっていて、その際「お客様の声」の内容を伝えることとしています。利用者やご家族の要望などを直に聞く場面での活用が望まれます。また第三者委員に障がい児者の支援に精通した方を加えることも期待します。[児童]では「権利ノート」「ニコニコノート」を渡して活用しています。	
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。	a
	(コメント)	[児童]毎月「こども会議」を開催しています。担当職員も参加し、記録も整備されています。記録には、報告書作成から周知に至るまでの手順も明示されています。また、会議に向けての「声」も手書きにて集めています。特に食事メニューについては要望が聞かれています。	
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)	児童から個別に聞き取って対応したり、「子ども会議」の場での聴取を行なっています。「意見箱」は置かれていますが十分な機能は果たせていないようです。児童からは、食事メニューの希望が叶えられている、職員とは接しやすい、話しやすいという声が聴かれました。	
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)	1回/月 ヒヤリハット委員会と安全衛生委員会が開催されています。それぞれ座長とメンバーが決められており、記録も整っています。また、全体研修においても「リスクマネジメント」に関しての講習が計画されています。	

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。	b
	(コメント)	感染症対策のマニュアルがあり、[児童][成人]各棟と事務所に置かれています。また安全衛生委員会は看護師を座長として毎月開催され、インフルエンザの予防、コロナ感染の予防策などについて話し合われています。ただ、マスクなどの装着の困難な方もおられ、また日々の感染の状況について確認できないことにも懸念があります。	
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。	b
	(コメント)	1回/月の避難訓練が義務となっている[児童]に合わせ、[成人]も取り組んでいます。訓練は主に火災を想定したものです。今後地域性を考慮して、台風や津波等の想定も必要と思われます。特に、消防署との連携のもとで、地元自治会と住民との連携（日程を合わせた消火訓練）を行なう必要があります。	

	<b>評価結果</b>
--	-------------

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。	b
	(コメント)	様々な支援マニュアルが整備されています。整備されたマニュアルについては、研修や会議の場で周知を図るとともに、職員がいつでも閲覧でき、日常的に活用できる状態で配置されることが望まれます。	
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。	b
	(コメント)	組織としてはマニュアル整備委員会が設置されており、検討・見直しについて取り組まれています。PDCAのサイクルによって福祉サービスの質に関する共通意識を高めるためにも、より多くの職員の意見や提案が反映される仕組みが必要です。	
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。			
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)	サービス管理責任者・児童発達管理責任者が主となり、支援会議にてアセスメント結果を取り入れた個別支援計画の作成が行なわれています。毎月、支援の進捗状況は「通知表」として保護者に報告されています。処遇困難事例については、担当医、学校、子ども家庭センター等関係機関との協議の上、対応が検討されています。	
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。	b
	(コメント)	半期に一度、個別支援計画について会議が行なわれ、評価・見直しがなされています。しかし、策定した個別支援計画について、具体的な支援や解決策の有効性についての検証が不足しています。また、利用者の意向把握や同意ということについても、意識を高めていく必要があります。	

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。			
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。	b
	(コメント)	利用者の日々の状況等は生活記録ノートに記され、のちに日誌に記録されています。支援計画に基づく実施内容の記録について、成人施設で空欄、未記入が見受けられました。改善に向けた組織としての取り組みが必要です。パソコンのネットワークシステムを活用して、事業所内での情報共有する仕組みの整備が望まれます。	
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)	利用者の記録の管理について施設として文書管理規定が定められています。個人情報の取り扱いについては保護規定が定められており、個人情報の使用についての同意書が作成されています。毎年、全体研修会にてコンプライアンス研修を実施し、法令順守、個人情報の保護、プライバシー保護について教育・研修が行なわれています。	

## 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) [児童]では個別の聞き取りやこども会議、モニタリング等で聞き取りを行ない、支援会議で利用者の権利を踏まえ、自己決定を尊重した取り組みが行われています。「成人」では具体的に利用者話し合う場面の設定がありません。一人ひとりの利用者に対する支援や取り組みについて自己決定を尊重しつつ、創意工夫によって柔軟かつ多様な取り組みが期待されます。	
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) 年間2回の職員全体研修会において「虐待防止・権利擁護」をテーマに研修が行われ、すべての職員が必ず一度は参加するシステムが取られています。身体拘束についても同様に研修会において具体的な事例を示し、原則は違法であるという認識が職員間に周知されています。グループワーク等を取り入れ、受け身の形でなく、職員間で議論し互いに意見を交わす参加型にすることにより、相談できる職場、風通しの良い職場に結びついています。また、[児童]では権利ノートを使いながら、具体例を示すなど児童が理解しやすいように工夫がされた取り組みが行われています。	
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) 個々の声を聞き取り、一人ひとりの望む生活を理解し、できる限り自立・自律を促す支援を行なっています。発達年齢に応じてトイレトレーニング・清掃・身だしなみ・学校の準備や金銭管理・スケジュール管理等の利用者が自己管理できるように見守り姿勢を基本とした支援が行われています。	
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) STの助言・指導を受けた言語トレーニングを実施し、コミュニケーション能力の向上への取り組みが行われています。また、写真や絵カードを使用して意思の疎通が図られていたり、50音表の指差しやペクスカード等を活用するなどのコミュニケーション手段の工夫も図られています。	
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) [児童]毎月、個別の聞き取りや「こども会議」を開いて、子どもたちの「声」を収集しています。また、必要に応じて個別の相談、対応が行われています。相談内容については支援会議で情報共有し、必要に応じてケースワーカーとも連携して対応がなされています。利用者の障がい程度や親族環境等によっては、後見制度の利用も考慮されています。	
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) 利用者個々の意向・希望を聞き取り、個別支援が実施されています。地域のイベント等の案内をし、参加の意向を確認しながら支援が行われています。生活介護の日中活動場面においては利用者が選択できる支援の内容やメニューの提供が不十分です。日課表・週刊プログラムの作成、支援体制の見直しが望まれます。	

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) 行動障がい等の個別的な配慮が特に必要な利用者については、大阪精神医療センターの児童思春期外来に定期的受診をしたり、近隣のかかりつけ医師と相談し、支援方法の検討・見直し・環境整備等が行なわれています。「強度行動障がい支援者養成研修」を多数の職員が受講しています。今後は、習得した支援方法が実際の場面で適切に用いられているか、また、その効果についての評価の仕組みを整えていくことが望まれます。	
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) 日々の食事摂取量のチェックや入浴・排せつについて個々の記録を取り、支援計画にもとづく日常的な支援が行なわれています。毎月、委託業者との給食会議を実施し、[児童]では支援学校との連携を図りながら、成長に合わせて主食量の調整を行なっています。また、こども会議でクッキングメニューを話し合い、食への関心や料理の楽しさを経験する取り組みもあります。利用者の意向を献立に反映したり、イベント特別メニューや季節メニューの提供も行なわれています。	
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) 安全衛生委員会の定期的な巡視による指摘などにより設備や備品等は安全で快適に使用できるように点検、維持されています。支援会議において利用者の意向について話し合い、対応されています。複数人用居室に仕切りを設けて個室にする工夫がなされています。トイレの防臭対策、浴室脱衣場のエアコンの設置等が望まれます。	
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) 利用者の障がい状況に応じて外部医療機関に通院し、OT・PT・STの訓練も受けています。施設においても、専門職の助言・指導に基づき筋力トレーニングや歩行訓練、言語トレーニング等を実施しています。また、定期的にモニタリングを行い、担当医と支援の検討・見直しが行なわれています。	
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) 利用者の健康状態把握のため、毎年の健康診断、定期的な訪問歯科が実施されています。毎月、体重・身長等の測定を行い体調管理が行なわれています。緊急時の対応として看護師へのオンコール体制がとられており、7月からは正職2名、非常勤1名の看護師が配置されています。	
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。	a
	(コメント) 服薬管理は看護師が行ない、与薬は現場の職員が行なっています。薬箱には顔写真を張るなどして誤与薬防止策が講じられています。毎月、産業医が参加のもとでの安全衛生委員会や職場巡視が行なわれており、生活の場・職場の安全管理に注力しています。。	

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。	a
	(コメント)	コロナ禍の現在では、定期的帰宅やガイドヘルパーを利用した外出が中断している状況です。普段は毎月の帰宅日が設定されており、利用者や家族の事情も配慮しながら適切に行なわれています。また、地域の行事やイベントに参加することなどにより、地域との交流と、利用者の経験拡大が図られています。	
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。	c
	(コメント)	中長期計画の中で基本理念に沿った事業運営として「施設から出て地域で暮らすことができるよう経過施設の役割を果たす」と記載されています。しかし、昨年度・今年度の事業計画・事業報告においては残念ながら、地域生活への移行に向けた支援の具体的な取り組みが見られません。利用者の意向や障がい状況に配慮しながら、今後も地域生活への移行に向けた積極的な取り組みが求められます。	
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)	今回の評価受審前に実施した保護者アンケートでも「施設とのコミュニケーションはよく取れている」との声が多く、信頼関係は構築されているように思われます。保護者の方も毎月送られてくる「通知表」の写真で子供たちの成長を確認し、安心されています。コロナ禍で面会や帰宅の実施が難しい現状ですが、家族への情報提供はしっかりされています。また、体調不良や急変時等の報告・連絡ルールも施設として明確化されています。	
			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。	a
	(コメント)	[児童]児童発達管理責任者を中心に支援会議において発達過程に応じた個別支援計画が作成され、発達に応じて基本的日常動作や自立生活を支援するプログラムが実施されています。また、SST活動（社会マナー・食事マナー等）の事前学習に取り組み、利用者個々のスキルアップに繋がっています。	

		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) 施設として具体的な就労支援は行われていません。障がい者の自律・自立生活や自己実現を図るため、一人ひとりの「働く」ことについての思いや希望を理解し、働く力や可能性を尊重した就労支援が行われることを期待します。	
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) 生活介護事業におけるプログラムが定着されていません。メニューの提供も不足しており、選択できる内容ではありません。利用者の能力を活かし、参加できる可能性を高める観点から、早急に検討・実施されることを強く望みます。	
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) 施設として具体的な就労支援、定着支援は行なわれていません。障がい者の多様な就労ニーズに対して障がい状況に応じた就労環境づくりを進めるため、今後、個々人の様態に見合った職場開拓と就職活動の支援に期待します。	

## 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