

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	八尾市立障害者総合福祉センター	
運営法人名称	社会福祉法人 虹のかけはし	
福祉サービスの種別	生活介護	
代表者氏名	佐分 佐知枝（施設長）	
定員（利用人数）	93 名	
事業所所在地	〒 581-0081 大阪府八尾市南本町8丁目4番5号	
電話番号	072 - 993 - 0294	
FAX番号	072 - 993 - 0334	
ホームページアドレス	http://kizuna-vao.org/	
電子メールアドレス	info@kizuna-vao.org/	
事業開始年月日	平成 16 年 6 月 1 日	
職員・従業員数※	正規 27 名	非正規 48 名
専門職員※	社会福祉士6名、介護福祉士17名 保育士12名、看護師5名	
施設・設備の概要※	[居室] 個室5	
	[設備等] 食堂2、浴室4、調理室1、更衣室2、医務室1 展示コーナー、相談室3、IT研修室2 喫茶コーナー、印刷室、会議室2、一般講座室3、 料理講座室、録音室、図書室、点字印刷室 和室、機能訓練室、作業室、日常生活訓練室2 社会適応訓練室2、プレイルーム 多目的スポーツホール	

※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 19 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＞

1. ご利用者様の自立と人権を尊重し、一人ひとりが主人公になれる生活を実現する。
2. その人の立場になって考え、心動かし、行動する。
3. 「心の共利共生」をテーマに、社会と地域のまちづくりに貢献する。

＜基本方針＞

1. 障がい者の人権を尊重し、障がい者が権利の主体として平等に社会参加できる支援を行います。
2. 障がい者が地域で安心して暮らせる支援を行います。

【施設・事業所の特徴的な取組】

1. 3歳から80歳代の方まで幅広い年代の方が利用されています。また、障がい種別も様々です。利用者間で声を掛け合う等、世代間の交流が生まれています。
2. 重症心身障がい児の放課後入浴サービスを八尾市で最初に始めました。今では類似のサービスも増え選択肢が広がっています。
3. 学校卒業後何年も自宅にて過ごされ、外に出て活動することの少なかった「引きこもり」の方や、課題を多く抱え今までサービスにつながらなかった方にも、利用していただけるように、きめ細かいフォローを行い継続的な利用につなげています。

【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30年2月21日～平成30年5月22日
評価決定年月日	平成30年5月22日
評価調査者（役割）	1602B037（運営管理委員） 1401B017（運営管理・専門職委員） 1701B041（専門職委員） （ ）

【総評】

◆評価機関総合コメント

八尾市立障害者総合福祉センター（愛称「きずな」）は、最寄りのJR八尾駅から徒歩約20分の場所に位置し、アクセスとしては近鉄八尾駅からの送迎バスや各種の予約バスが利用できます。周りは公園や民家、青少年会館、会社等がある市街地で、建物は鉄筋コンクリートの5階建てとなっています。平成16年6月に開設され、運営は八尾市の指定管理者として社会福祉法人「虹のかけはし」が行っています。現在は「デイサービス」と「学習・交流・啓発発信」並びに貸館の事業を実施しています。

「デイサービス事業」は、生活介護・通所介護・短期入所・児童発達支援等、障がいのある幅広い方々への支援を行っています。今回の受審では、利用者への個別の支援に関する部分は生活介護事業のみを対象としており、3階が身体障がい者、5階が知的障がい者のためのフロアとなっています。

「学習・交流・啓発発信事業」では、講座やイベントの開催と地域との交流・連携のための活動をしています。茶道・書道・パソコン等の授業や成年後見制度の講演会、無料映画上映会・スポーツの集い・うどん会・ボッチャ大会・河内音頭まつり等の多彩なプログラムを提供しています。また、地域や学校のまつり、餅つき会等に参加するとともに、福祉避難所として住民団体と共催した防災訓練を実施しています。

1階には喫茶コーナーや展示スペースもあり、3歳から80歳代まで数多くの方が利用するセンターとして、八尾市の障がい者福祉における中心的な役割を担っています。

(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

■中長期計画と施設会議を基点とした運営管理体制

指定管理期間の5か年について、具体的な内容を持つ中長期計画が策定され、その進捗管理と未実施事項への対応がきめ細かく行われています。その中核となっているのが毎月の施設会議です。理事長・施設長以下の役職者と専門職員が参加し、現状の確認とともにさまざまな課題・テーマや各部署の問題点・要望を話し合い、実施事項を決定しています。これらが有機的に統合された運営管理体制は高く評価できます。

■利用者の多面的な理解に基づく支援の提供

支援日誌が時系列でわかりやすく記録され、看護・入浴等の担当・役割ごとの記載も丁寧になされています。また、定期的な会議の開催と内容の周知、日々の変化や気付きの申し送り、「伝達ノート」・「朝礼・夕礼引継ぎ記録」の活用等、タイムリーに情報共有できる仕組みが整っています。これらに基づき提供されている、部門・担当・個人を横断した日々の支援のあり方は高く評価できます。

■多彩な利用者の活動プログラム

日々のプログラムにおいては、自己表現を促す創作活動や、社会参加に向けた公園の美化、体を動かし必要に応じてADL（基本的な日常生活動作）の向上を目指すメニュー等、利用者のニーズに応じた多種多様な取り組みがなされています。また、年に4回程度のバイキング方式の給食、一泊旅行、日帰り遠足等の外出、お花見・クリスマス会等の季節行事などイベントも充実しています。

■ボランティアの受入れと学校教育への協力

ボランティア受入れのマニュアルを整備するとともに、研修や支援として養成講座やボランティア会の総括を行っています。また、地域の小学校への車椅子や白杖体験の出前授業、子どもと利用者との交流会、施設見学・職業体験の受入れ等、学校教育にも協力しています。

■研修・教育制度の充実

新入職者へのOJT教育、中堅職員に対するレベルアップ研修や外部団体による階層別・職種別研修を実施しています。毎年、研修委員会で計画の見直しや評価、策定を行い、内部研修の充実を図っています。また、介護福祉士等の資格取得を奨励し、希望者には受験に向けた勉強会を開催しています。

◆改善を求められる点

■運営への利用者・家族のさらなる参画

生活介護事業では、年に1度、利用者の会を開催していますが、参加者は一部にとどまっています。以下のような点について、事業所と利用者・家族とが接するための機会づくりが望まれます。

- ①理念・基本方針、事業計画、現在実施しているプライバシー保護・権利擁護に関する取り組み内容の説明・周知
- ②利用者満足度アンケート結果、食事サービス等に関する検討会への参加
- ③余暇・レクリエーションの企画についての本人の主体的な関わり

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

評価機関の評価を受けた内容については、早速施設会議にて話し合いを行い、取り組める点は、翌日より着手しております。その他、取り組み必要事項についても、平成30年度の事業計画に組み入れ、また各委員会を通じて、サービス向上に取り組んでまいります。

更に、当法人の基本方針「1. 障がい者の人権を尊重し、障がい者が権利の主体として平等に社会参加できる支援を行います。2. 障がい者が地域で安心して暮らせる支援を行います。」を職員に周知し、継続的なサービスの向上に取り組んでまいります。

◆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。	b
(コメント)	■理念・基本方針は明文化され、事業所内に掲示しています。職員への周知にあたっては、入職時の研修で説明し、いつでも振り返りができるよう各自が名札に入れて常に携帯しています。今後は、セルフチェックや人事面接等により周知状況を確認し、必要であれば会議のテーマ・勉強会に反映させる等、継続的に取り組んでいくことが望めます。 ■利用者や家族等への周知については、利用開始時に書面にて配付しています。またホームページ、広報誌へも掲載しています。今後は、知的障がい等のある利用者に対しては写真・絵・イラスト・カラー・映像などの視覚情報等を活用し、また、家族等についても通常の説明では理解しづらい方へ配慮するなど、わかりやすい資料を用いた継続的な周知が望めます。	

		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)	■社会福祉事業全体の動向については、福祉関係の新聞等で定期的に確認し、また法令の改正時にはセミナー・説明会に参加したり、ホームページ等から情報を収集し把握、分析に努めています。 ■地域の福祉計画や動向については、障がい者施策推進協議会での第5期八尾市障がい福祉計画づくりへの参画をとおして把握、分析しています。 ■利用者の状況やコスト等については毎月確認し、必要な事柄は施設会議にて職員へ説明しています。	
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)	■施設会議において、組織体制、人員確保・配置、職場環境、提供するサービスの内容、設備の整備、収支バランスの確保等についての課題や問題点を検討し、具体的な活動を進めています。 ■人員の確保については、職員の採用に向けた迅速な面接等の実施や、その定着・育成に向けたOJTの導入・細かな個人面談によるフォロー・チェックリストの見直し等を行っています。 ■収支バランスの確保に関しては、常勤職員比率のアップに伴う人件費の増加に対応するため、①収入面では、算定可能な加算の検討や利用者調整会議での受入人数の増加に向けた話し合い、②支出面では、エネルギーコストや各種経費の削減、に取り組んでいます。	

		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。	a
(コメント)	■平成25年度の指定管理者への応募時に策定された5か年の事業計画書を中長期計画書として捉え、「事業計画推進状況管理表」によりその達成度合いを確認しながら、未実施事項について対応を行っています。 ■計画は具体的で、実施状況の評価を行える内容になっています。また収支予算も作成されています。	
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
(コメント)	■単年度の計画書は中長期計画書に基づいて作成されており、生活介護をはじめとした各事業と、それ以外の送迎、喫茶、防災訓練、環境への配慮、展示スペースの活用、障がい者雇用、成年後見制度の相談、障がい者の造形活動やサロン活動等、多岐にわたって具体的に記載されています。 ■数値目標として収支状況とともに、生活介護事業では障がいの種別（身体・知的）・支援区分別の利用者総数が明示されています。平成29年度についてはより重度の方の受け入れと、週2回の利用者の3回への移行等を考慮した計画となっています。 ■収入と利用者数は相互に強い相関性のある財務的な指標であり、それ以外の事柄についても数値目標化への取り組みが期待されます。例えば、①「提供するサービスや実施業務の内容」（送迎、ボランティア、特別食、入浴、各種の活動・訓練・販売、医療ケア、相談対応、就労支援等の状況）、②「職員の確保・育成」（離職率、有資格者比率、研修受講等の状況）、③「利用者」（満足度、特性・状態、意見・要望・苦情、行事・講座への参加等の状況）、などの視点もご検討ください。	
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)	■中長期計画書は施設長等の幹部職員と主任、フロア責任者、並びに外部スタッフがチームを組み、1年近い期間の検討をとおして作成しています。 ■単年度計画書は施設長と事務局長とで作成し、施設会議で職員への説明と意見の聴取が行われ、理事会にて決定しています。 ■計画の実施状況の把握や評価、見直し等は毎月の施設会議で行っています。 ■計画の策定や周知等に当たっては、フロア責任者のみならず、現場の一般職員のさらなる参画や理解を促すための工夫や仕組みづくりが望まれます。	
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)	■事業計画の利用者、家族等への周知、理解を促す取り組みが不十分な状況です。ルビの使用だけでなく、写真・絵・イラスト・カラー・映像などの視覚情報等を活用するなど、利用者にとってより分かりやすい資料を工夫し、また、家族等についても通常の説明では理解しづらい方へ配慮するなどにより、利用者会等を通じた説明が求められます。 ■行事等の予定は、広報誌「虹のかけはし」と各イベント等のチラシを請求書とともに利用者・家族等へ配付することで、参加に向け周知を行っています。	

		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)	■一人ひとりの利用者に対する福祉サービスについては、個別支援計画とそれに関連した会議（個別支援会議、フロアミーティング）を基点にPDCAサイクルを実践し、また、業務改善に向けて「サービスの質の向上委員会」を定期的に開催しています。 ■毎年、八尾市が利用者アンケートを実施し、その結果とともに「指定管理モニタリングレポート」を作成して事業所へ提出しています。今後は、第三者評価の項目や着眼点を参考にするなどにより、年1回以上の自己評価の実施が望まれます。	
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。	a
(コメント)	■「指定管理モニタリングレポート」ではアンケート結果を踏まえた「利用者の平等利用の確保及びサービスの向上」等5つの視点から数値評価を行い、A B Cのランク付けがなされてコメントが記載されています。これらの結果や課題は施設会議で共有化が図られ、解決策等を検討するとともに、必要に応じて「サービスの質の向上」、「研修」の各委員会での話し合いも行われ、改善に向け取り組んでいます。	

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。	b
(コメント)	■施設長等は、中長期計画書において経営・管理に関する方針と取り組みを明確にし、施設会議でも都度のテーマに関連付けながら方向性を明示しています。また、自らの役割と責任を業務分掌規程に記載し、事務室に備え付けていつでも確認ができるようにしています。 ■職員も閲覧している「広報きずな」に理事長の年頭の言葉を掲載していますが、自らの役割と責任を表明する内容にはなっておらず、検討が望まれます。	
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)	■施設長等は「大阪府・市町村社会福祉法人・施設等指導監査合同説明会」や「指定障がい福祉サービス事業者等集団指導」の他、虐待防止、人事・労務、会計に関する研修に参加しています。職員については、入職時に関連した研修を行うとともに、人権、虐待防止、安全運転、障がい者総合支援法、障がい者差別解消法、個人情報保護法、感染症・食中毒予防、コンプライアンス等の研修を受講させています。また、関連する法改正時には自らがホームページ等により情報を入手し、施設会議をとおして職員に周知しています。 ■K E S環境マネジメントシステム・スタンダードの認証資格を取得し、環境保護に向けエネルギー資源の節約・リサイクル等に取り組んでいます。	

Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
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)	■「安全管理」「サービスの質の向上」「技術」「研修」の各委員会が組織され活動しています。現場からのボトムアップによる福祉サービスの向上に向け、施設長は担当者から報告を受け助言を行っています。 ■施設長は、福祉サービスの提供にあたって、利用者一人ひとりの特性を理解することの大切さを常日頃から職員に指導しています。また、苦情やインシデント・アクシデント等が発生した場合には、速やかに原因を把握し、改善に向けた取り組みを朝礼・夕礼等をとおして職員に明示するよう努めています。 ■施設長等は、現場の意見を把握し反映していくため、個人面談や施設会議、都度の話し合いにおいて職員の声に耳を傾けています。 ■新任職員へのOJTの他、接遇、介護技術講習、療育講習、自閉症、リーダー養成、サービス管理責任者、相談支援等に関する研修を実施しています。また、介護福祉士などの資格取得の奨励と希望者への勉強会の開催等、教育の充実を図っています。	
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)	■人事、労務、財務等の状況把握や分析は事務局長・管理部長が担当しています。施設会議は理事長・施設長や役職者・専門職員が参加し、現状確認・情報共有とともに、さまざまな課題・テーマや各部署の問題点・要望を話し合い、実施事項を決定しています。施設長等は、この会議を管理・運営に関する中核的な活動として位置づけ、積極的に参画し、組織内に同様の意識を形成するために取り組んでいます。 ■施設長等は、事業・組織の再編、業務手順・就業ルール・教育体制の見直しや、収益の増加・経費削減、備品・設備の整備、衛生面の充実等、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて指導力の発揮に努めています。	

		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。	a
(コメント)	■福祉人材や人員体制に関する考え方や計画等は、中長期計画書に明確に記載しています。新卒の採用は学校訪問や就職フェアへの参加等により、また、欠員が出た場合は、即効性のある求人サイトや新聞の折込チラシ等を活用して、人材を確保しています。 ■教育・研修についても中長期計画書で明文化しています。入職時の研修では、担当者を配置して基本的事項の習得を目指しています。さらにレベルアップ研修では、個別に大阪府社会福祉協議会等の外部研修に参加し能力開発を図っています。	
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	a
(コメント)	■理念・基本方針に基づき「期待する職員像等」を自己評価シートに明文化しています。 ■人事考課規程において昇進・昇格等の基準を定め、人事考課表及び自己評価シートを用いて判定しています。また、職務等級制度を導入し、職位による給与水準を設定しています。 ■施設会議や職員面談により聴取した意見や要望を反映した改善を行っています。	

Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。

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)	■職員の労務管理責任者(事務局長)を明確にし、勤務状況や有給休暇の取得状況等を把握しています。また、シフト勤務での希望休制度や、育児休業、育児短時間勤務を取得しやすい環境づくりに努めています。 ■職員のメンタルヘルスについては、「心の健康づくりプラン」を策定する他、毎月、産業医との面談ができる体制になっています。また、年1回ストレスチェックを行い、その結果を各職員に配付しています。 ■職員互助会の検討を進めており、共済制度等、福利厚生 of のさらなる充実が望まれます。さらに把握した職員の意向・意見を分析・検討し、福祉人材や人員体制に関する計画に反映していくことが望まれます。	

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。	b
(コメント)	■等級別の自己評価シートに「期待される職員像」を明確にし、一人ひとりが行動目標を設定し、面談をとおして達成や資格取得への意欲等を確認しています。 ■職員との面談記録はありますが、記載内容が不十分です。目標項目、目標水準、目標期限等を明確にした書式を作成し、管理者と職員とでその内容を話し合っ て決定し、進捗状況や達成度の確認が望まれます。	
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。	a
(コメント)	■研修委員会で計画を策定して実施し、毎年、内容等の評価と見直しを行っています。	
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)	■職員名簿や資格取得一覧表(社会福祉士、介護福祉士、看護師等)を作成し、各自の状況を把握しています。介護福祉士等の資格取得を奨励し、希望者には受験に向けた勉強会を実施しています。 ■新入職者には担当を決めてOJTを実施し、中堅職員にはレベルアップ研修を行っています。また、階層別研修や職種別研修等は、大阪府社会福祉協議会等の外部団体のものを活用し、受講しています。	

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。	a
(コメント)	■中長期計画書の中に実習生に対する基本姿勢を明文化し、マニュアルや研修プログラムに沿って受入れています。 ■実習指導者は、大阪府社会福祉協議会の研修を受けています。実習生の学校とは、電話やメールにより情報交換を行い連携を図っており、教員による訪問指導もあります。	

		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)	■法人の理念や事業計画・報告、決算報告等をホームページに公開しています。また、苦情相談体制や前回の第三者評価受審証明書は、事業所内に掲示しています。今回の受審結果は、ホームページに公開する予定です。 ■広報誌を地域の福祉会館や老人センター、保育所、病院、人権センター等の多くの関係先に配布し、自らの役割や活動状況等を発信しています。 ■苦情内容やその改善・対応の状況については、受付で閲覧が可能となっておりますが、事業所内での掲示や広報誌、ホームページ等を通じて公表することにより、さらなる透明性の確保・向上が望まれます。	
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)	■透明性の高い適正な運営を行うために、経理や契約等についての規程や細則を定め、職員へは施設会議や文書で説明しています。 ■経理や事務、取引内容等は、内部監査を実施しています。また、外部の会計事務所と契約して指導・助言を得ており、それに基づいた経営改善も行っています。	

		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)	■地域と利用者の交流を広げるための取り組みを事業計画書に明示し、地域や学校のまつり、餅つき会等に積極的に参加しています。また、職員もボランティアとしてその運営に協力しています。 ■八尾市内を中心とする関係機関とのネットワークから収集した地域の情報を1階玄関に掲示し、出入りする人すべてが見られるようになっています。 ■利用者に対して、外出支援に必要なガイドヘルパーの紹介や情報提供を行うとともに、相談支援事業所へつなげることで、地域の社会資源や福祉サービスの利用を促しています。	
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。	a
(コメント)	■事業計画書にボランティアの受入れや、地域の学校教育への協力について明文化し、マニュアルを整備しています。研修や支援として、養成講座の開催やボランティア会での総括を行っています。 ■地域の学校教育への協力として、車椅子や白杖体験等の出前授業や、小学生と利用者との交流会、見学や職業体験の受入れ等を実施しています。	

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。	a
(コメント)	■八尾市の関係機関や団体のリストを作成し、全職員に配布する他、相談支援専門員にも周知しています。 ■八尾市社会福祉協議会の障がい者施設部会にて、防災等の共通の問題に取り組んだり、社会福祉法の改正等の研修会に参加しています。	

Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
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。	a
(コメント)	■1階の喫茶コーナー・展示スペース（作品展等の開催）の開放、毎月の無料映画会、多目的スポーツホールでの河内音頭まつり・バドミントン大会・ボッチャ大会等の他、成年後見制度等の講演会など、地域に向けた多様な取り組みを実施しています。 ■障がい者を主体としたサロン活動（外部講師による創作活動等）を推進してきましたが、今後は障がいのあるなしに関わらず参加者を募り、活動のさらなる充実を目指しています。 ■防災については、市内5か所目の福祉避難場所に指定されています。運営マニュアルが作成されており、平成30年度には、避難者の受入れや居住スペースへの誘導等の訓練を実施する予定にしています。	
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)	■八尾市の障がい者施策推進協議会や自立支援協議会、社会福祉協議会障がい者施設部会等への参加、並びに、学校への出前授業や各種イベントの開催等をとおして、地域の福祉ニーズの把握に努めています。また、民生委員が当法人の評議員をしており、研修会にて意見交換会を行っています。 ■相談支援事業を運営しており、利用者だけでなく市民に向けて、行政や関係機関と連携した取り組みを進めています。 ■八尾市民を広く対象とした活動を実施しており、アンケートや意見箱により把握したニーズについては、講座事業等に反映し、回答が必要なものは広報誌に掲載しています。	

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)	■利用者を尊重した福祉サービスを実施することを理念や基本方針に明示し、入職時の研修で説明しています。また、定期的に法人の理念カードを全職員に配布し、周知を図っています。規程としては就業規則に一応の定めはありますが、「倫理綱領」や「職員行動規範」等として明確化し、実践に向けた取り組みが望まれます。 ■食事や入浴等の手順書に利用者の尊重を記載しサービスを提供するとともに、人権や虐待防止、拘束廃止等の研修を行い、意識の向上に努めています。 ■人権への配慮についてはチェックシートで把握・評価していますが、今後、内容のさらなる充実が望まれます。	

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)	■利用者のプライバシー保護や虐待防止等のマニュアルを整備し、サービスを提供しています。また、入職時にこれらに関連した研修を行っています。 ■利用者や家族には、権利擁護等に関する事業所の取り組みについての説明を、契約時に重要事項説明書により実施しています。今後は、理解がしづらい利用者等に対しても、分かりやすいように配慮した資料（文言・表現の工夫や絵入り等）を用いて行うことが望まれます。	
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。	a
(コメント)	■提供している福祉サービス内容や事業所の特性等を紹介した資料を市役所、市の社会福祉協議会、公民館、学校等の多くの人が入手できる公共施設等に置いています。また、館内でいつでも閲覧できます。 ■パンフレットや広報誌等は、ルビを振ったり、写真を多く用いる等分かりやすく工夫しています。 ■見学や体験利用、1日利用等の受入れは、希望者の要望に応じて各担当が対応しています。	
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)	■利用開始時や変更時には、内容を利用者・家族にわかりやすく説明し、同意を得てからサービスを実施しています。 ■契約書や重要事項説明書にはルビを振り、日課表や持ち物等は分かりやすい文言や絵を用いて説明する等の工夫がなされています。 ■成年後見人を利用している方が2名いますが、本人の重度化や家族の高齢化等で、今後新たに必要となるケースも想定されます。利用に至るまでの手順を整理したマニュアルやフローチャートの作成が望まれます。	
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)	■福祉施設の変更や家庭への移行時には、サービスの継続性に配慮し、事業所へ個別支援計画書を渡したり、利用者・家族へ新事業所の情報を提供しています。また、必要であれば当センターを再利用できる旨も説明しています。今後、引継ぎの手順書や様式の整備が望まれます。 ■利用終了時には、利用者や家族に対して、その後の相談方法や窓口を記載した文書を渡しています。	
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)	■利用者満足度を向上させるため、毎年八尾市がアンケート調査を行い、その結果を確認しています。 ■生活介護事業では、利用者の会を年1回開催し、職員が出席して意見を聞いています。また、個別支援計画書の説明時や、その他必要に応じて個別面談を実施して要望を確認しています。 ■アンケート結果は施設会議やサービスの質の向上委員会等で検討し、入浴の札やマットの厚さ等の改善につなげています。今後、利用者や家族が参画して調査結果についてともに話し合う機会づくりが望まれます。	

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。

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)	■苦情解決責任者や苦情受付担当者、第三者委員を設置し、その仕組みを分かりやすく記載したポスターを1階の受付に掲示しています。また、本人や家族には利用開始の際に資料を配付して説明しています。 ■意見や要望、苦情の記録は適切に保管され、検討結果は申し出た家族等に報告しています。また、苦情内容はプライバシーに配慮したうえで八尾市に報告し、受付で閲覧できるようにしています。今後、運営の透明性を高めるためにも、解決結果等を含めて事業所内に掲示するとともに、ホームページや広報誌での公表に向けて検討が望まれます。 ■意見箱を1階玄関と3階に設置しています。玄関については事務所と警備室から見える場所に置かれていて、申し出しやすい環境とはなっていません。心理的な抵抗を感じることなく投函できるよう移動が望まれます。また、意見箱は事業所と利用者等の代表がともに立ち合って開封し、各々の氏名や日時を記載するなど公正性・透明性への配慮についてもご検討ください。	
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)	■利用者等が意見を述べやすいように受付や館内に相談窓口を掲示し、第三者委員にも話ができることを伝えています。今後、相談の際には施設長や看護師、支援員等の複数の職員から、自由に相手を選択できることを説明した文書を作成し、配布や掲示が望まれます。 ■相談室が用意されています。空いていない時には、3階ではフロアをパーティションで仕切る等、プライバシーに配慮して面談を行っています。5階では短期入所の使用していない部屋が利用できます。	
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)	■利用者からの意見に対応する際のマニュアルを整備しています。今後、定期的な内容の見直しが望まれます。 ■八尾市が行ったアンケート結果や利用者・家族からの意見・要望は、内容に応じて適宜、施設会議、サービスの質の向上委員会、フロアミーティング等で各々取り上げ、確認・検討・対応しています。 ■意見箱については、「Ⅲ-1-(4)-①」にて記載した対応が望まれます。	

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。	a
(コメント)	■リスクマネジメントに関する責任者(施設長)を明確にして、安全管理委員会を設置する等、体制を整備しています。委員会は3か月に1回開催し、ヒヤリハットや事故の報告と改善策の検討・決定や実施後の振り返りをしています。 ■事故発生時の対応等についてはマニュアルを作成しています。安全確保や事故防止に向けて、入職時並びに年2回の研修を実施しています。また、安全運転講習会を開催しています。 ■毎日、利用者の観察チェックと浴室の機器点検等を行っています。	

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)	■感染症対策についての責任と役割を明確にし、サービスの質の向上委員会を中心に管理体制を整備しています。また、マニュアルを作成し、入職時の研修や施設会議、フロアミーティング等で周知する他、インフルエンザ予防の案内文書を職員に配付しています。 ■玄関や手洗い場、エレベータ内に手指消毒用アルコールを設置し、利用者等や職員だけでなく他の来館者にも使用を呼び掛けています。また、毎日、次亜塩素酸ナトリウムの希釈液で手摺やドアの取っ手を消毒しています。 ■嘔吐物への対応備品を準備し、職員が試しに実演してみるデモンストレーション訓練を定期的実施しています。しかし、予防に向けた啓発ポスターが少なく、トイレの手洗い場や更衣室等での掲示が望まれます。 ■委員会ではノロウイルス対策を中心に話し合っていますが、感染症はインフルエンザやカンジダ、ロタウイルス、疥癬、食中毒等多種にわたりますので、それらについても検討が望まれます。 ■感染症の予防や対応については広範囲な事柄が関係します。また、通常の福祉施設と比べて利用者等の幅が多岐にわたり数多くの方が訪れます。感染症のみを取り扱う委員会を組織して毎月開催し、継続的に取り組んでいく体制づくりをご検討ください。	
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やっている。	b
(コメント)	■利用者の安全確保のために防災計画を作成し、自衛消防隊が組織されています。地震・台風・火災時の対応マニュアルがあります。 ■年2回避難訓練を実施しており、1回は地域まちづくり協議会と連携し、もう1回は消防署が立会っています。重度の障がいのある車椅子利用者等が3階や5階で活動しており、避難訓練回数の増加をご検討ください。 ■利用者の安否確認は、自宅への訪問と電話（連絡先一覧表を使用して）により行っています。また、職員については緊急連絡網を各フロアに備え付けて確認しています。 ■各階に掲示されている避難経路図のサイズが小さく、高い位置に貼られている場合もあって利用者等に見えづらく、改善が望まれます。 ■災害後のサービスの継続に向けて、非常持ち出し備品や重要書類の一覧表の作成(現在の保管場所の記載を含む)や、駐車場の活用等の計画づくりが望まれます。	

		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。	a
(コメント)	■食事、入浴、排せつ等、標準的な実施方法が明文化された各種マニュアルが整備されています。 ■各種マニュアルや業務手順書は、入職時の研修で配付、説明しています。 ■実施方法については、介護技術委員会等で随時検証を行い、必要事項はフロアミーティングや伝達ノート等を通じて周知を図っています。	
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。	b
(コメント)	■各種マニュアルの見直しにあたっては、職員の気付きや利用者の状態変化、また、本人・家族の意向を反映しています。 ■各種マニュアルの見直しは必要に応じて随時行っていますが、定期的な実施（年に1回程度）が望まれます。	

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。	a
(コメント)	■個別支援計画書の作成は、アセスメント、計画作成、同意、モニタリング、見直しまでのプロセスが手順書に明文化され、それに沿って行われています。 ■必要に応じて、看護師等の専門職が加わった話し合いや、外部の関係機関（病院、訪問看護事業所等）との合同カンファレンス等を実施し、個別支援計画や日々の支援につなげています。	
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。	a
(コメント)	■手順書に沿って定期的にモニタリングを行い、利用者・家族の意向も確認しながら、計画の見直しを実施しています。 ■見直された計画については、フロアミーティングや伝達ノートを通じて周知しています。	

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。	a
(コメント)	■日々の支援記録には、利用者の活動や排せつ、食事、入浴等の状況が、時系列でわかりやすく記載されています。 ■看護や入浴等の担当・役割ごとの記録が整っています。 ■利用者の様子や変化等については、記録に加えて、朝礼・夕礼等での引継ぎや伝達ノート等を通じて共有化しています。	
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)	■個人情報保護規程に基づき、記録の保管、保存、破棄、情報の提供等が行われています。 ■就業規則や雇用契約書に守秘義務が明示されています。漏洩等が起こった場合の罰則規定も定められており、個人でSNS（ソーシャル・ネットワーキング・サービス）を利用する際のガイドラインも作成しています。	

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。	a
(コメント)	■情報の伝達に支援が必要な利用者については、一人ひとりの障がい状況に応じて、携帯電話への文字入力やコミュニケーションボード、独自に作成した「お話メモ」の活用等の工夫をしています。 ■意思決定・伝達に制限のある場合には、本人にとって最良の選択ができるよう、フロアミーティング等で協議、確認をしながら支援しています。	
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)	■各フロアにおいて「係り活動」（利用者がその日受け持つ役割を自ら選択し行うこと）を実施し、より主体的に日々のプログラムに参加できるよう工夫しています。 ■年に1度、利用者の会を開催し、利用者・家族等の意見や要望を聞く機会を設けています。しかし、通所する曜日等による制限があるため、参加者は一部にとどまっています。今後のさらなる充実が望まれます。	
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。	a
(コメント)	■利用者一人ひとりのペースを大切にした支援や介助を行っています。 ■個別支援計画書に基づき、利用者のADLの向上や社会参加に向けたさまざまな取り組みを実施しています。	
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。	a
(コメント)	■利用者が「係り活動」等を通じて、日課や生活に主体的に参加できるように努めています。また、創作やレクリエーションなどにより、自己表現ができる機会を大切にしています。 ■近隣の公園の美化活動を取り入れることで、社会参加・地域交流の機会を提供し、住民からも喜ばれています。 ■地域向け講座として、料理、茶道、陶芸、パソコン等の多種多彩なプログラムが準備されており、利用者も希望に応じて参加しています。	
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、万一来てた際の取組が徹底されている。	a
(コメント)	■就業規則、職務の心得に虐待防止が明文化されており、違反した場合の処分も定められています。 ■事案が発生した場合の通報や事実関係を確認する仕組み、再発防止に向けた取り組み等、具体的な対応方法が整備されています。 ■接遇や障がい特性（行動障がい等）に応じた対応の仕方等に関する研修により、利用者の理解や権利擁護等への意識の向上に努めています。	

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。	a
(コメント)	■個別支援計画書については、アセスメントやモニタリング等を通じて利用者や家族の意向や希望を取り入れながら作成するプロセスが確立されており、説明と同意も適切に行われています。 ■個別支援計画書には、到達目標、具体的な支援内容・期間を明記し、実施した内容等については、ケース記録や支援記録に記載しています。 ■相談支援事業所等と連携しながら、訪問看護・介護、ガイドヘルパーや他の社会資源・福祉サービスの活用等も積極的に紹介しています。	
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。	非該当
(コメント)	■通所事業所のため非該当。	
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。	非該当
(コメント)	■通所事業所のため非該当。	
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。	b
(コメント)	■強いこだわり、自傷他害等の行動障がいがある利用者については、「パニック時等の対応マニュアル」が準備されており、事前のアセスメント等で一人ひとりの状況を把握しています。 ■行動障がい等があった場合は、ケース記録等に残すとともに、その原因の分析や除去等をフロアミーティング等で検討・共有し、対応の方向性を一致させて支援にあたっています。 ■不安定な時に服薬等が必要な場合には、嘱託医・主治医等の医療機関と連携や確認をしながら対応しています。	

		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)	■食事形態は、利用者の障がい状況や体調、嚥下機能等に応じて、刻み食、極刻み食、ペースト食、減塩食、禁止食等、さまざまなニーズに対応しています。 ■体調や障がい状況の変化に対応した食事形態の変更等については、その都度、食事箋で管理しています。 ■一人ひとりの介助方法や食事手順、配慮事項等については、個別支援計画書等で明示しています。	
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)	■バイキングメニュー、お花見弁当等の季節感あふれる食事が提供されています。 ■定期的に嗜好調査を行い、また、利用者の意見・要望を聴取して、その結果を給食会議で検討し献立に反映しています。今後は、話し合いの際に利用者等の参加が望まれます。 ■児童発達支援に通う子どもから、通所介護を利用する高齢者までの幅広い嗜好に対応するため、また、曜日ごとに偏りが出ないように、バランスを考えた献立の立案に心がけています。 ■給食以外に「おやつ」を毎日提供しています。 ■希望があれば、貸館事業の来館者にも同じ食事を提供しています。	

A-2-(1)-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。		非該当
(コメント) ■通所事業所のため非該当。		
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)	■一人ひとりの障がいの状況に応じた、写真入りでわかりやすい手順書があり、それに基づき入浴介助を行っています。 ■普通浴、リフト浴、特浴、個浴等、さまざまなニーズに対応した設備、体制等が整っています。 ■機器の取り扱い等も、写真入りでわかりやすいマニュアルが準備されています。また、浴室チェック表で不具合等を確認しています。 ■入浴時の体調の変化や、体にキズ等が確認された際には、入浴チェック表や医務日誌で看護師に引き継ぎ、必要に応じて処置をしたうえで家族に連絡しています。	
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)	■失禁や汗をかいた場合等は、必要に応じて、また、利用者の希望に合わせて入浴できる体制を整えています。	
A-2-(2)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a
(コメント)	■新たな入浴機器の設置の際には、安全管理委員会で検討を行い、また、実際に体験利用をするなど、きめ細かな対応をしています。 ■特浴は室内に2槽設置されていますが、一方ずつを交互に使用するなどの工夫により、快適な利用とプライバシー保護への配慮を行っています。	
A-2-(3) 排泄		
A-2-(3)-①	排泄介助は快適に行われている。	a
(コメント)	■マニュアルや個別の手順書が整備されており、それに基づいた排せつ介助が行われています。結果はチェック表や利用者一覧表、支援日誌等に記録しています。	
A-2-(3)-②	トイレは清潔で快適である。	a
(コメント)	■各フロアのトイレの入口には暖簾がかかっており、プライバシーへの配慮がなされています。 ■毎日掃除を実施し、汚れた場合には直ちに清掃、消毒を行うなど、常に清潔な状態を保つようにしています。 ■身体状況に応じた複数の形状の便器が設置されており、その使用方法についてはフロアミーティング等で検討、確認しています。	
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。	非該当
(コメント) ■通所事業所のため非該当。		
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。	非該当
(コメント) ■通所事業所のため非該当。		

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。	非該当
(コメント)	■通所事業所のため非該当。	
A-2-(5)-②	理髪店や美容院の利用について配慮している。	非該当
(コメント)	■通所事業所のため非該当。	
A-2-(6) 睡眠		
A-2-(6)-①	安眠できるように配慮している。	非該当
(コメント)	■通所事業所のため非該当。	
A-2-(7) 健康管理		
A-2-(7)-①	日常の健康管理は適切である。	a
(コメント)	■利用者の健康管理については、看護師（複数名を配置）を中心に、個別支援計画書等に基づき行われています。 ■主治医や訪問看護の事業所等と連携し、また、柔道整復師によるリハビリテーション等のプログラムを取り入れる等により、健康管理やADLの向上に向け支援をしています。 ■体調変化等については、医務日誌やケース記録、朝礼・夕礼引継ぎ記録等により、職員間で内容を共有しています。 ■インフルエンザの予防接種については、利用者・家族へ呼び掛けをしています。	
A-2-(7)-②	必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a
(コメント)	■利用者の事故や体調の急変時等については、緊急時対応マニュアルが準備されています。 ■近隣の総合病院と協力医療機関の契約を結んでおり、定期的に施設長連絡会議等で情報交換等を行っています。	
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
(コメント)	■服薬管理マニュアルに基づいて薬剤の取り扱いが行われています。 ■服薬については看護師と支援員による二重の確認がなされ、チェック表により確実に実施できているかどうかを検証しています。 ■誤薬時の対応マニュアルが準備されています。	
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
(コメント)	■1泊旅行（フロアごとに2回に分けて実施）、月ごとの誕生会、日帰り遠足、お花見・クリスマス会等の季節行事や日々のレクリエーション等、非常に多彩なプログラムが実施されています。 ■「ボッチャきずなリーグ大会」等の地域向けイベントや、各種講座や教室等にも希望に応じて参加しています。 ■今後は、行事や余暇活動等の企画や立案に、利用者自身がより主体的に参加できる機会づくりが望まれます。	

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。	非該当
(コメント)	■通所事業所のため非該当。	
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。	非該当
(コメント)	■通所事業所のため非該当。	
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。	非該当
(コメント)	■通所事業所であり、預かり金の管理はしていないため非該当。	
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。	a
(コメント)	■1階の喫茶コーナーに新聞や雑誌が置かれていて、利用者は自由に見ることができます。 ■新聞・雑誌等個人で購読している事例は現在ありませんが、希望があれば対応は可能です。 ■音楽プレーヤー等を持参し、休憩時間等に使用しています。 ■喫茶コーナーや各フロアにテレビを設置しており、利用者の希望を調整しながら休憩時間等に視聴しています。	
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。	非該当
(コメント)	■通所事業所であり、また、市の公共施設のため禁煙となっており非該当。	
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。	a
(コメント)	■1階の喫茶コーナーや公園に隣接したテラス等、ゆったりくつろぐことができるスペースが準備されています。 ■3階フロアで利用者が一人になりたいときには、パーティションで区切られたスペースを設けて対応しています。5階については、必要に応じて短期入所の空いている居室を利用しています。	
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
(コメント)	■利用者や家族の希望により畳のスペースなどを準備し、快適に過ごすことができるよう工夫しています。 ■利用者の創作活動等で制作した壁面飾りをかけるなど、環境づくりに本人たちのアイデアや作品が活かされています。 ■フロアミーティング等で改善に向けた検討が行われています。 ■私物の預りについては「預りカード」で対応していますが、手順やルールが明文化されていません。規程やマニュアル等の作成が望まれます。	
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。	a
(コメント)	■日々の活動プログラムは複数のメニューが準備され、利用者の希望に合わせて選択できるように配慮しています。また、事業所が主催する地域向けのイベントや講座等の案内を行っています。 ■相談支援事業所等と連携しながら、外部団体が実施する日中活動の利用を支援しています。	

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	八尾市立障害者総合福祉センターの生活介護の利用者
調査対象者数	60名
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）

八尾市立障害者総合福祉センターの生活介護を、現在利用されている60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、14名の方から回答がありました。（回答率23％）

満足度の高い項目としては、回答のあった14名の内で

- （１）●「施設のまわりでやっていることを教えてもらったり、施設のまわりでやっているお祭りやイベントなどに出ることができる」について、86％の方が「はい」と回答、
- （２）●「『やりたいこと、やりたくないこと』という思いや、『うれしい、楽しい、いや』という気持ちが大切にされている」
 ●「施設でどんなことをするか決める時、あなたやあなたの家族の話、やりたいこと、お願いしたい事を聞いてくれる」
 ●「食事は、おいしく、楽しく、ゆったりと食べることができる」
 ●「汗をかいたり汚れた時には、お風呂、シャワーが使えたり、体を拭いてくれる」
 ●「トイレはきれいで気持ちよく使える。手伝って欲しい時は、すぐに職員が来てくれる」
 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。

利用者への聞き取り等の結果

調査の概要

調査対象者	八尾市立障害者総合福祉センターの生活介護の利用者の家族等
調査対象者数	60名
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）

八尾市立障害者総合福祉センターの生活介護を、現在利用されている方の家族等60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、26名の方から回答がありました。（回答率43％）

満足度が比較的高い項目としては、回答のあった26名の内で、

- （１）●「職員との関わりの中で、いやな思いをしたことはない」
 ●「汗をかいたり汚れた時にはお風呂、シャワーが利用できたり、清拭等してくれる」
 ●「トイレは清潔で気持ちよく使える。介助が必要な時すぐに対応してくれる」
 について、70％以上の方が「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」
 ●「地域の情報を知ることができ、行事などにも参加することができる」
 について、69％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