

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	I L 伯太	
運営法人名称	社会福祉法人 日本ヘレンケラー財団	
福祉サービスの種別	生活介護・施設入所支援・短期入所	
代表者氏名	施設長 三宅 裕子	
定員（利用人数）	50 名	
事業所所在地	〒 594-0023 大阪府和泉市伯太町3-13-57	
電話番号	0725 - 41 - 8191	
F A X 番号	0725 - 41 - 8190	
ホームページアドレス	<a href="https://helenkeller.jp/publics/index/39/#page-content">https://helenkeller.jp/publics/index/39/#page-content</a>	
電子メールアドレス	<a href="mailto:hkhakata@skyblue.ocn.ne.jp">hkhakata@skyblue.ocn.ne.jp</a>	
事業開始年月日	平成6年4月1日	
職員・従業員数※	正規 29 名	非正規 5 名
専門職員※	社会福祉士 5 精神保健福祉士 4 心理士 2 管理栄養士 1	介護福祉士 7 保育士 3 看護師 1
施設・設備の概要※	[居室] 29 室（二人部屋）	
	[設備等]	

※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】

**【理念】** 利用者本位の視点に立ち『人間としての尊厳』『自己決定の尊重』『社会の一員としての自覚』『生き甲斐・働き甲斐のもてる生活』を柱に、一人ひとりのニーズに即した支援を心がける。また、地域の福祉ネットワークの核として自覚し、常に利用者のニーズに応える先駆的事業に取り組む。

**【基本方針】** ①利用者の個性・特性を尊重した、きめ細かなサービスの提供 ②個別支援のため職員間の連携・コミュニケーション ③不適切な支援をなくす職員間での点検・声掛け ④地域移行希望への積極的な対応、適切な移行計画の下での支援 ⑤社会資源の活用での社会参加機会の確保 ⑥地域貢献活動を通じた地域連携、共に発展する事業運営

## 【施設・事業所の特徴的な取組】

### 【多様なコミュニケーション手段】

意思表示や伝達が困難な利用者について、スケジュールボード・絵カード・約束カード等の様々なツールを活用し、多様なコミュニケーション手段を確保しながらの支援が行なわれています。

### 【SSTプログラム】

「挨拶をする」「礼を言う」「職員に相談をする」等の日常的なスキルを学ぶことなどから、適時・適切なコミュニケーション能力を高め、社会生活技能全般の獲得につながる支援を行なっています。

## 【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2年12月16日～令和2年12月17日
評価決定年月日	令和3年5月15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

当施設は平成6年4月に「伯太学園」として開所された障がい者支援施設です。平成23年5月に、現在の「IL伯太」に名称を変更しました。

JR阪和線「信太山駅」より徒歩約20分のところにあつて、隣地は閉鎖された高齢者施設と

自衛隊駐屯地内の航空レーダー監視塔です。

住宅街からは離れた場所で、数十メートル離れたところに、同法人の「障がい者支援施設 太平」があります。

生活介護、施設入所支援、短期入所事業、日中一時支援事業を行なっています。  
INDEPENDENT=自立 LIVING=生活 を施設方針として運営しています。

第三者評価は今回が初めての受審です。

### ◆特に評価の高い点

① 開所後25年を経過している施設とは思われない清潔感があります。施設全体に清掃も行き届いており、トイレなどの臭いもまったく感じられませんでした。

② 法人の「OCA」（大学の研究の一環としてのオンブズマン）活動を受け入れています。

③ 「ほのぼの（インターネットによる情報共有システム）」のフル活用を行ない、全職員が閲覧可能な環境にあります。特に個人の支援記録、看護師や栄養士からの連絡事項なども全職員がタイムリーに情報共有が可能となっています。

④ 生活介護のクラスを設けて利用者の障がい特性に応じてプログラム（運動、創作、SSTなど）を提供しています。

⑤ どの職員からも『身近に相談のできる職員がおり、アドバイスを受けることのできる風通しのよい環境』との声が聞かれます。施設長との関係も良好であるとの印象を得ました。また、タイムカードの傍に個々の職員へのレターボックスを設置するなど、工夫もみられます。

### ◆改善を求められる点

① 各種支援マニュアルが整備されていますが、検証・見直しは十分ではありません。定期的に現状を検証し、必要な見直しを組織として行なう仕組みを整備してください。

② 職員の自己チェックシートが年に一度提出されています。できれば回数を増やし、施設長からのコメントを記入することなどにより、職員が日頃の支援について振り返ることができるツールになると考えます。

③ 今年度の研修計画が作成されていますが、予定通りの実施ができていません。「虐待防止」「コンプライアンス研修」「健康管理・感染防止」といった研修はすべての職員が必ず受講できる取り組みを、組織として行なってください。

④ 施設長がサービス管理責任者を兼務しています。施設の管理者としての責務に専念できるように、早急に人員の配置を見直す必要生があります。

⑤ 事故報告書において同一利用者のケースが繰り返されています。事故防止委員会を機能させ、再発防止に努めてください。

### ◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

施設の衛生面に関しては、普段から行き届いているか不安でしたが、高評価を頂きありがたく、また安心しました。このほかにも高い評価を頂いたところは、継続して取り組んでいきたいと思えます。

また、とりあえず作ってはいるけれどや、一応あるけれどというようなシステムやマニュアルなど、常に運用していかなくてはいけないことを痛感いたしました。人材不足で難しいところではありますが、改善していくよう努めます。

今回の第三者評価で、施設全体や職員が個人個人で取り組むべき課題を、細かく項目に分けて評価、コメント頂いたことで、漠然としていたものが明確になりました。示された課題に取り組んでいくことで、職員が働きやすい環境が整えられ、質の向上にもつながり、利用者の利益にもつながるといい好循環を生み出すと思えます。そのような施設づくりを目指して、職員一丸となって取り組んでいきたいと思えます。

### ◆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)	法人理念・基本方針についてはホームページ・パンフレットにて明文化されています。朝礼時には、各職員が携帯する『クレオカード』にある「理念」を唱和して周知を図り、また、支援の場にも掲示して徹底に努めています。	

		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。		
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。	b
(コメント)	予算の策定期間にあわせ、職員会議で事業経営の状況を説明しています。ただ、他の報告事項も多く、十分に伝えきれていないようです。一般職員に対して、短時間でわかりやすく伝える工夫が必要かと思われます。	
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。	b
(コメント)	施設の開設から25年が経過し、建物の老朽化対策が課題です。法人の計画によりハード面（防水工事など）での対応を行ないつつありますが、全体の改修工事と、まずは段差（女子利用者の浴室・居室から食堂への間）の解消が必要です。現在13名が「スクエア（他町にある同法人生活介護事業所）」に通っていますが、利用者の高齢化により閉鎖の予定です。その後の「IL伯太」への吸収統合（職員を含めて）も検討されていますが、明確な方向性は示されていません。	

		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)	法人の計画の一環としての中・長期計画はあります。主に防水工事などの施設の修繕計画などで、運営・支援に関する中身はありません。	
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)	単年度の計画は中長期を踏まえたものではありません。また施設の方針である「利用者一人ひとりが自立して快適な社会生活を送る」を念頭においた計画として、グループホームを利用した地域移行への積極的な取り組みがあります。職員の意気込みもあるようなので、明示されることが望まれます。	

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。	b
	(コメント)	計画の策定には主任を中心にグループ会議を持って一般職員も参画しています。実施の中間段階での計画の検討、見直しが望まれます。	
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)	計画には利用者へ向けた具体的なサービスも明示されています。利用者に対しては、障がい特性により周知が困難であるとのこと。家族会はありませんが、毎年4月に利用者・家族全体に対して年度報告はなされています。その際、家族との意見交換や職員紹介がなされ、施設長からは利用者のQOLの状況などを情報提供しています。	

			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。			
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)	職員全員が自己チェックシート（支援）を毎月提出し、それに対して1回/年施設としてのコメントを文書化しています。今後は、コメントを各自に返すようにすることによって、職員のモチベーションが上がっていくものと思われます。	
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)	自己チェックシートについて組織として整理・検討するようにはなっていません。今後、支援員以外の専門職種も記入できる項目を入れたり、自由記述欄を設けるなど内容を改善していくことで、有効な提案を得られる可能性もあります。	

## 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。			
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促している。	a
	(コメント)	昨年、非常勤職員に関わるコミュニケーションや職責等の問題が生じ、施設長自らが率先して解決を図っています。現場職員からも評価の声がかかりました。	
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。	b
	(コメント)	労務関連の法制度については、（時間外の減少化など）周知と理解を促すことに努めています。施設長は支援スタッフとして勤務に就くことがあり、法令の制定・改正等の大切な研修や説明会などへの参加も容易ではないようです。	

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)	サービスの質の向上には意欲をもって取り組まれています。人手不足のために支援現場に入った際には、相談に乗ったりアドバイスをするなどしています。管理者としての役割を疎かにしないためにも、職員確保に努め、組織的にはSVなどの体制を築いていく必要があります。	
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。	b
	(コメント)	困難な現実を理解できますが、経営改善などの課題に取り組むためには、現場への応援は漸次的に減らし、施設長とサービス管理責任者との兼務は早急に解く必要があります。	

	<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)	女子の常勤職員の確保が急務ですが、常勤は法人判断による採用であるため、まずは非常勤確保に努力されています。ハローワークやインディードなどを活用して確保に努めていますが、人材不足の解消には至っていません。現場からは、非常勤の定着にも関係する「支援の統一性を保つ」ための初期研修を重要さを訴える声がありました。正面玄関に職員の名前を写真とともに掲示していますが、家族からは非常勤職員は「名前を覚えないうちにいなくなる」との声もあるようです。他方、施設全体の清掃はシルバー人材センターとの契約で行なわれていますが、人手不足を補う工夫の一つとして評価できます。	
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)	法人共通の人事管理が実施されています。年間3回（前期、中間、後半）の面談が行なわれ、目標設定と達成状況が、面談を通して記録されています。	
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)	施設長は支援現場に入ることもあり、そのことで現場は安心感を得ていて、話しやすいという感想も多く聞かれ、風通しのよい職場という印象を受けました。ただ、この状況は「いびつ」であって、決して常態化することがあってはなりません。	
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。	b
	(コメント)	目標管理の仕組みを設け取り組んでいるが、きめ細かな育成には至っていません。廊下の眼に触れやすいところに『職員同士話せていますか』のポスターが掲示されています。不定期ながら職員へのアンケートを実施し、メンタル面での相談には、看護師と嘱託医が対応しています。	

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。	b
	(コメント)	研修計画は策定されていますが、本年度はコロナ禍により実施されていません。 看護師はリモートにより「感染症」の研修を受講しましたが、これまでのところ、現場への伝達講習はなされていないままです。	
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。	b
	(コメント)	職員の聞き取りの中では、施設の求めにより受けた研修（強度行動障がい支援者養成研修）は一樣に大変有益であったとの感想でした。 今年度は出張研修はありませんが、個人的な研修希望は多かったようです。コロナ禍とはいえども、伝達講習や最低限必要な研修の実施は欠かせません。 個人による研修受講の記録は確認できませんでした。	
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。	a
	(コメント)	マニュアルは整っており、実習担当職員の研修も確保されていて、年間20名程度の学生を受け入れています。 利用者の目に触れるところに実習生の紹介掲示がなされています。	

			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。			
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)	法人のホームページに施設の苦情解決受付状況の詳細があります。第三者委員も明示されています。入口に苦情受付の箱をおいていますが、現在まで投函はないとのことでした。	
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)	法人による内部での監事監査（毎年5月）のみ行なわれています。	

			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。			
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。	a
	(コメント)	「伯太フェスタ」「ミュージックセラピー」「盆踊り」など地域に開かれた行事を行なっていて、和泉市内での「ハートフルフェスタ」には利用者も参加しています。計画的な外出（1回/月・タクシーによる買い物や外出）も昨年まで行われていましたが、今年は中止になっています。	

24	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)	ボランティア受け入れマニュアルがあり、登録簿もつくられていて、担当者も決まっています。内容は本の読み聞かせ、図画や陶芸の指導などです。その他、地元自衛隊員による演奏コンサート慰問が、長く続けられています。	
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)	サービス管理責任者が軸になって関係機関の協力を得、多様な社会資源を有機的に活用し、難病で特別な医療ケアが必要な方を他施設移行された事例もあり、職員の中に、社会資源の重要性についての認識、有効活用への意識が強く根づいています。	
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。	c
	(コメント)	住宅地より離れているため、日常性の中で“地域”といった意識は薄く、また、不足がちなマンパワーの面からも、還元していく活動は困難です。唯一の有用性としては、地元障がい者の緊急時のショートステイの受け入れです。	
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)	法人の地域貢献事業の一つとして「ふれあい食堂」を行なっています。同法人の「太平学園」「ジョイフル伯太」と協力して実施していましたが、コロナ禍のため現在は中止しています。	

### 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。			
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)	サービスの提供については、個々の職員の対応に任されている部分が多く、組織的な共通理解の下での取り組みには至っていません。今後、支援マニュアルやチェックシートの充実・活用を図ることが望まれます。	
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)	プライバシー保護については重要事項説明書に明示されています。このことに関する研修の実施が望まれます。以前は、ドアに透明ガラスが用いられていましたが、廊下からの視線を遮るために白く着色したそうです。また、障がい特性によって扉の設置が危険な場合には、プライバシーに配慮してカーテンを使っています。	

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。	a
	(コメント) ショートステイ経由での入所希望が多いことから、ショートステイ利用者を中心に情報提供をしています。法人が広域的な活動を行なっている関係から、ショートステイ希望者には他府県の方もおられます。	
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) 地域移行希望者はこの2年間で3名です。地域の情報提供を行ない、グループホームでの体験を実施しています。今後の方向としては、高齢者サービスを念頭におき、高齢者デイサービスやサービス付き高齢者住宅などの利用が現実的と考えられます。	
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) 地域移行に向けては、まずグループ会議での検討ののち、関係機関を含めたケース会議を持って進めています。退所後については、半年か1年間をめどにアフターケア（主に電話での確認）を行なっています。ケースは極めて少ないながらも、体制は整えられています。	
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。	c
	(コメント) 満足度については、担当者による聞き取りがなされているだけで、組織的な調査は行なわれていません。今後、施設全体での定期的な実施が求められます。	
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。		
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) 苦情受付の体制があり、法人のホームページにおいても適切に公表されています。正面玄関には第三者委員紹介の掲示があります。	
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。	b
	(コメント) 自治会は今年度1回だけ開かれましたが、それ以降はありません。現場職員は個人からのニーズ把握に努力されていますが、今後は、定期的にその声を吸い上げ、組織だった受け止めが必要です。毎年、行事や家族との意見交換の場面がありますが、今年は持てませんでした。今後、家族から定期的に要望・意見を聴く機会をどのような形で確保できるか、工夫が求められます。。	
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) 相談や意見に関しては「フローア会議」「支援会議」「職員会議」などの各会議で必ず取り上げ、迅速な課題対応が可能な仕組みを築くことも重要です。それぞれの会議の内容は情報共有システム「ほのぼの」の活用により閲覧も可能になっていますので、より積極的に利用されることが望まれます。	

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。		
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。
	(コメント)	事故発生においては、フロー会議→支援会議→職員会議を経て報告があげられて対応することになっていますが、組織的な取組みとなっていません。与薬ミスについては、看護師において全体会議において報告され共有を図っています。また事故報告書、ヒヤリハット報告書も確認されましたが、「ヒヤリハット」の報告が少ないことが事故防止委員会において確認されており、委員会も十分機能していません。また、事故報告において同一の利用者が何回も発生していることは大きな課題です。
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。
	(コメント)	感染症対応のマニュアルは整備されています。感染に関する情報は、看護師によりパソコン（『ほのぼの』システム）に入力して職員への周知を図っています。 今年度、看護師はリモートでの研修を受講しています。
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。
	(コメント)	災害時や緊急時における連絡網は男子・女子の支援室に掲示してすぐに対応できるようにしています。また、隣接の施設（太平学園）との協力関係ができるようになっています。災害時用の献立も決められて掲示されています。日々の備蓄食品の所在や賞味期限のチェックについても周知されています。また、避難訓練は行われていますが、本年9月の実施計画はありましたが、報告書は未作成でした。

		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。		
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。
	(コメント)	様々な支援マニュアルが整備されています。しかし、マニュアルの作成は担当者だけであるのではなく、また、職員の理解と周知を図る取り組みが必要です。職員がいつでも閲覧でき、活用している状態が望まれます。
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。
	(コメント)	支援マニュアルを定期的に見直すことは、福祉サービスの質に関する職員の共通意識を育てることになります。PDCAのサイクルによって、質に関する検討が組織として継続的に行われることが求められます。
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。		
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。
	(コメント)	利用者一人ひとりの個別支援計画が担当者により作成され、サービス管理責任者が参画して調整会議が持たれています。アセスメントから計画作成、実施、評価・見直しといった一連のプロセスが適切に行われています。
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。
	(コメント)	定期的な評価の見直しが実施されています。アセスメントにおいては見直された部分が分かりやすいように文字の色を変えて記録されています。サービス管理責任者が参画する調整会議にて個別支援計画の評価・見直しについて検証がなされています。

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。

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。	a
	(コメント)	福祉サービスの日々の実施記録は、支援日誌と個々のケース記録に入力されています。パソコンのソフト「ほのぼの」を活用し、早期の情報の伝達・確認が可能です。事業所全体がネットワーク化されており、情報を共有する仕組みが整備されています。	
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。	b
	(コメント)	法人として個人情報管理規定、ガイドラインが制定されています。事業所としても「法人のホームページ及び機関紙等への写真掲載についての承諾書」「個人情報使用についての同意書」が目的を明示し、毎年の確認が行なわれています。個人情報保護規定の理解と遵守を徹底するためには、職員に対して定期的な個人情報保護についての教育・研修の実施が望まれます。	

## 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		
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)	<p>利用者の意向・希望に沿った地域移行支援に取り組んでいます。                      利用者の衣類等の購入についてはインターネットを活用し、意向を確認する支援が行なわれています。                      今後、利用者同士が話し合える自治会活動を定例化し、利用者の希望や個性の尊重を基本に、生活に関するルールを利用者と十分に話し合っ決めていくことが望まれます。</p>	
A-1-(2) 権利侵害の防止等		
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。	b
(コメント)	<p>「不適切事案のない利用者支援を職員全員が行なうことをめざし、日頃から職員間で声を掛け合い、丁寧な支援を行うこと」を基本方針に掲げ、施設長や幹部職員も支援の現場に携わっています。                      マニュアルや掲示物等の周知だけでなく、すべての職員が会議や研修の場で意見交換を行なうなどして権利擁護に関する意識と理解を高め、権利侵害のない組織づくりと対応方法の周知・徹底を、よりいっそう進めていくことが強く望まれます。</p>	
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。	b
(コメント)	<p>日常生活の支援では、見守りの姿勢を基本とし、利用者が自力で行う行為を尊重した支援が行なわれています。支援にあたっては、利用者の自力の行動に対して介助の要否・いかなる助けが必要かの判断を職員間で共有し実践されることが重要です。そのためにも、個別支援計画のなかで具体的な支援内容・メニューが記載されることが望まれます。</p>	
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)	<p>意思表示や伝達が困難な利用者について、スケジュールボード・絵カード・約束カード等の様々なツールが活用され、コミュニケーション手段を確保するための支援が行なわれています。SSTプログラムでは「挨拶をする」「礼を言う」「職員に相談をする」等のスキルを学び、利用者の適時・適切なコミュニケーション能力を高める取り組みがなされています。今後も継続した支援が期待されます。</p>	
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。	b
(コメント)	<p>意思決定の支援において、成年後見の選択が積極的に検討されています。                      利用者の意思確認のもと、日中のプログラムや地域移行に向けた支援が行なわれています。生活上の様々な課題等について利用者と共に考え、生活の質の向上を図る機会として、利用者が自らの思いや希望を表明できる「個別相談」の場を増やすことが重要です。</p>	

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。	a
(コメント)	<p>日中活動は個別支援計画に基づき、アイリー班・創作活動班・運動班等のグループに分かれ、一人ひとりが自分らしく、いきいきと取り組める活動内容が提供されています。</p> <p>アイリー班では障がい状況や行動特性を把握し、構造化した個別ワークシステムにより、見通しの持てる生活を構築するための支援に取り組まれています。</p> <p>また、余暇活動として外部講師を招いて、陶芸教室・書道教室や職員によるミュージックケアなど多彩な活動が行なわれています。</p>	
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)	<p>利用者に不応行動があれば、集団から離し、個室で見守る対応が取られています。</p> <p>障がいの状況に応じた適切な支援とその質的向上を図るため、障がいに関するさらなる理解と専門性の向上に努めることが重要です。専門職の助言を得ることや、不足がちなマンパワーのなか、定期的な研修機会をいかに確保するかの工夫が望まれます。</p>	
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)	<p>食生活に配慮が必要な利用者などには、主治医とも相談のうえ、食事箋や個々の栄養マネジメント計画が作成され4種の食事形態にて提供されています。</p> <p>外部委託業者とは定期的に会議がもたれ、行事食や誕生日メニューの提供等、利用者の嗜好を考慮した献立を美味しく、楽しく食べれるように工夫がなされています。</p>	
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。	a
(コメント)	<p>築26年が経過した施設ですが、清掃が行き届き、清潔感が感じられる環境です。また、共用スペースは天井を高くして、採光に考慮されています。</p> <p>居室は二人部屋が基本です。入口のガラス戸にはシールが貼られ、プライバシーへの配慮がなされています。障がい特性によりドアが危険な場合はカーテン仕様にされています。テレビを置いている居室もあり、可能な限り利用者の意向にも対応しています。</p>	
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。	b
(コメント)	<p>利用者の体力・筋力の低下を防ぐため、積極的に階段昇降や歩行訓練に取り組まれています。今後は、専門職の指導に基づいてプログラムやメニューを作成して、基本に則った機能・生活訓練を実施し、随時指導が得られる体制づくりが望まれます。</p>	
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)	<p>健康管理マニュアル・緊急時対応マニュアルが整備されており、日々の健康状態の把握と体調変化時の緊急時対応が整っています。毎週水曜日には訪問歯科があり、治療が必要な場合は歯科医師の診療を受けています。</p> <p>日々の通院結果は、看護師から直接保護者に報告されるようになっています。</p>	

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)	隣接する太平診療所や協力医療機関と密な連携を図り、利用者の身体状況に合わせて定期的な通院が看護師が付き添って行なわれています。現況や配慮すべき情報は、看護師からネットワークシステムを活用して発信され、全職員での情報共有化を図っています。	
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)	保護者・利用者の希望と意向を尊重した外泊や外出が実施されています。2か月に1度、職員付き添いでの自由外出が設定されています。事前の聞き取りで行先や目的を決め、利用者の意向や希望が反映されています。今年度はコロナ禍で外出が難しいため、インターネットを活用して利用者の希望する物品を購入するなどの工夫がなされています。	
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。	a
	(コメント)	昨年度までの2年間で3名の方が地域移行されています。地域の相談支援事業所をはじめ、他法人の福祉施設・事業所やその他の社会資源等との連絡・調整と支援が進められています。今年度はコロナ禍の影響で具体的な取り組みはできていませんが、利用者の希望と意向を反映した上での個別支援計画が作成されています。	
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)	毎月、利用者の生活状況についての「近況報告書」が個々の家族に送付されています。 施設で開催される行事には家族も積極的に参加し、交流が図られています。 利用者の体調不良時や急変時の家族への報告・連絡のあり方は明確に定められており、日常の通院についても看護師から結果の報告が行なわれています。	
			<b>評価結果</b>
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。	—
	(コメント)	非該当	

		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) 非該当	
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) 非該当	
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) 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	
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）

--

## 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