

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	障害者支援施設 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	入所支援事業・生活介護事業・短期入所事業	
代表者氏名	施設長 奥村 真一	
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丁目13番57号	
電話番号	0725 - 41 - 8191	
FAX番号	0725 - 41 - 8190	
ホームページアドレス	https://helenkeller.jp/publics/index/39/#page-content	
電子メールアドレス	hkhkt@diary.ocn.ne.jp	
事業開始年月日	平成6年4月1日	
職員・従業員数※	正規 21 名	非正規 17 名
専門職員※	社会福祉士 6名 介護福祉士 10名 精神保健福祉士 5名 保育士 4名 管理栄養士 1名	看護師 2名
施設・設備の概要※	[居室] 28室（2部屋） [設備等] 事務室、医務室、調理室、浴室、洗面所、便所 相談室、多目的室、洗濯室、宿直室、倉庫、作業室	

※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	令和 3 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】

- 利用者本位の視点に立って「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」を柱とし、ひとりひとりのニーズに即した支援を心がける。
- 地域の福祉ネットワークの核としての役割を自覚し、地域福祉の実現に積極的に貢献し、常に利用者のニーズに答えていけるように絶えず先駆的事業に取り組んでいく。
- 職員に対してはキャリアアップを図り、生き甲斐のもてる職場環境の整備、優秀な人材の育成に努める。
- 安定的な財務基盤の確立のため適切な収益確保に努力し、計画的で効率的な事業運営を行う。

【施設・事業所の特徴的な取組】

- 施設の基本を「利用者余暇支援」「人材育成」「家族支援」「環境」にそれぞれにわけて取り組む。
- 平均年齢の増加と共に身体能力の低下がみられる方へ、身体を動かすことで筋力の維持を図るようプログラムを実施している。
- 組織を運営と支援に分けてそれぞれに課長職を配置して職員の声を拾うことに工夫を行っている。
- 建物内だけの支援に留まらないように、日常的に行う外出や行事を充実させて地域支援を活用するようにする。

【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6年6月27日～令和6年6月28日
評価決定年月日	令和6年9月18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

施設の近くには自衛隊駐屯地と同法人の施設（障害者支援施設「太平」）があり、住宅地からは離れています。施設前のさほど広くない道路は、近年整備された大きい道路への抜け道となり交通量が増えています。

開設(平成6年)から30年が経過して建物の老朽化とともに、管理棟と住居棟との渡り廊下に屋根が設けられない(消防法上の制約)など構造上の問題が顕在化していて、各所で利用者の機能低下に対応するハード面の改善も必要となっています。また特にコロナ禍ではゾーニング設定ができず苦慮しました。

第三者評価は2度目の受審でしたが、前回改善を求めたことが改善された一方、高評価とした事柄で後退した項目も見受けられました。「事業展開の新たな取り組みについてはリスク回避が優先され事業展開がスムーズにいかない」という声も聞かれました。

法人が示した今年度のビジョンには『隣接する[太平]との連携』が謳われています。今後に向けて同施設との役割の分担などを検討するよい契機と考えられます。

◆特に評価の高い点

- 安心して働ける職場
 - ・ 日常的な業務において上司が適時・適切な声掛けをしている。
 - ・ 「当日リーダー」を決め、一日の支援でのマネジメントが行われている。
 - ・ 日々の支援シフトに、副主任以上が必ず入っている。
- 地域資源との連携
 - ・ 利用者が外出の機会が制限されている場合も、施設内に業者（洋服の販売業者やキッチンカー）を導入して、社会参加の支援を行っている。
 - ・ 地元のシルバー人材センターと契約を行い清掃・洗濯業務を委託するなどして業務の効率化を図っている。
- 職員の自己チェックシートの提出
 - ・ 提出が続けられていて、回数も年1回から月1回に増やしており、幹部職員からのコメントも記入されるようになっている。
- 機能訓練の実施
 - ・ 利用者の体力・筋力の低下を防ぐために機能訓練指導員（看護師）を配置して積極的に訓練を行っている。

◆改善を求められる点

- 利用者の満足度調査・嗜好調査を行うこと。
 - ・ 自治会を通じて聞き取りは行われているが、全利用者を対象とした聞き取り調査の実施が望まれる。
- マニュアルの見直しをすること。
 - ・ 前回の第三者評価受審以降、見直しがなされていない。早急な点検が求められる。
- 感染症対策全般の見直しを行うこと。
 - ・ 職員への定期的な勉強会、研修会を開催すること。また併せて予防と対応に関するマニュアルの見直しを行うことが求められる。

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

①『特に評価の高い点』の中に、資料や聞き取りを通じ「安心して働ける職場」として見て頂けたのは嬉しいです。

②マニュアルに関するアドバイスを多数もらいました。当日までの準備が至らず、令和2年度に更新している物を提出しましたが、評価後に令和4年度いくつか更新している物も見つけ、準備不足と把握しきれていなかったことに反省です。

③ご指摘・アドバイスを含め改善に向けて取り組みたいと思います。

◆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。		
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■施設としてのパンフレットは簡易なものしかなく、運営・基本方針などはホームページに掲載されています。 ■法人理念は支援員室、事務室などに掲示し周知がはかられていて、朝礼時には勤務職員全員で唱和をして意識化を図っていますが、今後より理解を深めるために、施設方針等を含めて勉強の機会を持つことが望まれます。 ■利用者や家族への周知は行われていません。 	

		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)	<ul style="list-style-type: none"> ■経営的には、短期入所者の受け入れ増（月平均1.5人が目標）と入所定員の充足が必須だとしています。 ■職員会議などを利用して定期的に収支などの報告を行い、職員の意見を聞いたり、話し合いの場を持つことが必要です。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■昨年12月、本体施設から離れた場所にある生活介護事業所「スクエア」(11名利用)が、経営・運用両面の理由から廃止されました。 ■課題の短期入所の受け入れについては、主に地元・近隣市町への働きかけが重要との認識で、今後「和泉市障がい者基幹相談支援センター」と連絡をとり空き情報の随時更新を行っていく方針とのことです。また、社協や地域の事業所のほか自立支援協議会等を通じて障がい者への働きかけも必要と考え、新たに導入した機械浴による入浴サービスなど、特色をアピールしたいとしています。 	

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)

■法人の中・長期計画は、施設のハード面が中心となっています。
 ■施設独自の長期目標は掲げてありますが、具体性に欠け、職員への周知も不十分です。
 ■今後、中・長期計画については経営課題やその解決・改善に向けた具体的な内容での策定が望まれます。

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)

■今年度計画の内容に関しては昨年度末の職員会議で説明されていますが、長期目標に基づいたものとはなっていません。また、法人の中・長期計画（ビジョン）を踏まえた中身とも言えません。

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)

■単年度の事業計画は男女各々のフロアー会議を経て（主任以上の）運営会議にて計画の骨子が決められ、最終に施設長が取りまとめて策定されています。
 ■昨年度の事業計画には、事前に検討されていたはずの『スクエア閉鎖』に関する記載がありません。計画は、前年度の振り返りを基に策定作業が行われなければなりません。

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。

c

(コメント)

■利用者に対する周知はなされていません。「自治会」を活用しての周知が必要です。
 ■家族会はなく、機関紙は送付されていますが、周知が十分とは言えません。
 ■利用者の約半数に後見人が付いていて、ほぼ毎月来訪があるようですが、事業計画が確実に伝えられているわけではありません。

		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。 (コメント) ■自己チェックシートは、前回の受審以降、毎月実施・回収し、本人と担当からのコメント欄を設けるなど改善されました。シートの中の23項目について点数化し、振り返りは文章化しています。本人の振り返りに対して主にサービス管理責任者(以下「サビ管」)によりコメントを返しており、業務の励みにもなっています。サビ管以外の役職者の目が入ることも大切と考えます。 ■今回の受審に向けた自己評価は、当初できるだけ多くの職員の参画を目指していましたが、直前にコロナ禍への対応から、やむなく施設長代理ほか1名によって行われました。今後は年に1回は職員全員による自己評価の実施が望まれます。
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。 (コメント) ■自己チェックシートの様式については法人内他施設のものを参考に作成されていますが、定期的に職員の声を聞きながら見直しをして、より実効性の高い中身にしていくことが望まれます。また職員会議などでチェック内容の傾向等を報告し、共有されることが必要です。 ■自己評価は、毎年実施し、その結果を全職員で共有して、計画的な改善策等について議論していくあり方が望まれます。

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。		
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。 (コメント) ■今年度の異動で、新しい施設長と施設長代行が着任しましたが、管理者や役職者の役割・責任や職務分掌等が示された文書がありません。 ■災害時における緊急の体制の中には、施設長不在時の対応は明示されていますが、平常時や有事の場合の施設長不在時の権限委譲についても明記したものが必要です。
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。 (コメント) ■管理者は法人のコンプライアンス研修を受講しています。また定期的に大阪府社協の成人施設部会に出席をして必要な情報を得ています。一方、職員を福祉協会幹事として定例会議に参加をさせて適切な情報を取得しています。 ■今後、上記で得られた内容などを職員全体に伝達研修を行うなど、共通認識を得るための取り組みが望まれます。

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、その取り組みに指導力を発揮している。	b
	(コメント)	<p>■法人には「質の向上委員会」や、ハード・ソフト両面の点検・改善を目的とした理事長の諮問組織「OCA委員会」などが置かれていますが、今後施設内においても、管理者みずから率先してサービスの質向上のための具体的で実効性のある働きかけや種々の取り組みが望まれます。</p>	
13	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)	<p>■前回受審で課題とされていた「管理者とサビ管との兼務」は解消されています。また今年から部長とサビ管については日勤勤務に変更しています。</p> <p>■運営面と支援面それぞれに関わる職員が相互に意見を出し合うことで円滑な施設経営につなげるという構想を打ち出していますが、これまでのところ十分機能してはいません。</p> <p>■副主任を4名配して、有機的な組織運営を狙っていますが、その役割について明瞭に示したものがなく、意識の定着が進んでいないように見受けられます。</p> <p>■日々の支援業務では、「その日のリーダー(正職員)」を指定し、業務上の疑問や課題が生じた際には、当日リーダーが中心となって話し合われるシステムとなっています。フラットな関係性の中での意見交換ができると好評です。</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。			
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)	<p>■現在のところ人材不足は深刻とまでは言えない状況のようですが、非常勤職員の数を見ると、前回評価時の5名から17名と大幅に増加しています。</p> <p>■清掃・洗濯業務はシルバー人材センターに委託しています。8名の契約でローテーションを組まれていて、これにより職員は利用者支援に集中できています。</p> <p>■今後の人材確保につなげるために、インターンシップ(2名)を受け入れています。また、派遣職員の非常勤雇用への働きかけや、募集地域を拡げていくことが検討されています。</p>	
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)	<p>■法人の人事考課規定に基づく。業績(8項目)・能力(8項目)・意欲態度(5項目)の三考課について、副主任以上の評価と自己評価を点数化し、グラフにして客観的評価と自己評価に乖離がないかを測っています。</p> <p>■面談は、中間総括と最終総括の年2回行っています。目標達成度についても、自己評価と上司評価の双方を点数化し比較しています。</p>	

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。

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)	<p>■有給休暇の積極的な活用を勧め、取得の少ない職員には、声をかけ促しています。</p> <p>■昨年度から、分担「係」業務の総括内容についてのアンケートを実施していますが、記名であり提出は捗々しくありません。今後は、職員全員からの回収が望まれます。</p> <p>■昨年度から非常勤を含む一般職員を対象に管理職による面談を実施しています。今後も計画的な実施が望まれます。また日々の業務のなかで困っていることがないかを随時声掛けをし、働きよい職場づくりに努めています。</p> <p>■休憩室に関しては、支援員室に隣接する宿直室のほか、医務室内の静養室と兼ねた場所がありますが、いずれも十分な機能を果たせる環境とは言えません。早急な整備が求められます。</p> <p>■看護師は時間外や夜間にも緊急の問い合わせをすべて受けています。業務の整理と個人携帯の使用等も含め「つながらない権利」の保障を念頭に、法人としてルール化が必要です。</p> <p>■週休3日制の導入についての法人方針があります。事業所としては令和7年度に実施の方向で、現在シミュレーション中ですが、課題抽出までには至っていません。</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。

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)	<p>■法人研修体系に沿い、新任研修から中堅職員研修までを細分化し、個々の階層ごとの果たすべき役割、能力、スキル、知識を得るための研修計画が策定され実施されています。</p> <p>■昨年度から始めている管理者による非常勤を含めた全職員との面談を今後もより計画性をもって継続し、面談記録を残すなど、職員育成につながる取組みに期待します。</p>	
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)	<p>■法人の研修とは別に施設としての年間計画が策定されています。しかし研修・教育に関する施設としての基本方針が明示されていません。</p> <p>■資格取得のための受講を促すために、積極的に声掛けをしています。</p> <p>■受講後アンケートの様式が研修によって異なります。今後の企画立案の検討に役立つよう様式の統一が望まれます。また、伝達講習がほとんど行われていません。周知・共有のみならず、発表者の成長にもつながるので、ぜひとも実施してください。</p>	
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)	<p>■法人研修体系には新任研修から中堅研修に至るまでに『ブランドスタッフ養成研修』が個々の職員に合わせて実施されています。</p> <p>■外部研修についての案内は事務所に掲示されていて、希望すれば、可能な限り受講できるようになっています。</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。		
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) <ul style="list-style-type: none"> ■実習生受け入れのための専門職の教育、育成についてのマニュアル（受け入れ指針、対応マニュアル）があり、社会福祉士・精神保健福祉士等の実習指導者を配置しています。 ■マニュアルは令和2年に作成後、見直しが行われていません。定期的な点検が望まれます。 	

		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) <ul style="list-style-type: none"> ■運営方針、基本方針、施設紹介、福祉サービス内容、財務諸表などがホームページで確認できます。 ■苦情解決体制が確立し、受付担当者、第三者委員の氏名をはじめ、受け付けた苦情の数・内容や対応等についても適切に開示されています。 ■前回の第三者評価受審の結果も公開されています。 	
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。	c
	(コメント) <ul style="list-style-type: none"> ■法人による通常の監査とは別に、法人OCA委員会によるアドバイスや、法人内施設間で相互に点検の機会を持っていますが、外部の専門家による監査は行われていません。 	

		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) <ul style="list-style-type: none"> ■コロナ禍以前はイベントやミュージックケアなどを行い地域に開かれた行事を行っていました。今年度から「障がい者作業所連絡会」によるイベント（当事業所の担当）の他様々なイベントを再開する予定です。 ■少数ながら利用者の地域での買い物外出を徐々に実施し始めています。 	
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) <ul style="list-style-type: none"> ■担当者を設けて受け入れや実施後のアンケートを行うなどしていますが、ボランティア受け入れについて、基本姿勢の明文化はありません。 ■今後、日常の支援の中で、各種ボランティアの積極的な活用が望まれます。 	

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。	b
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■日中活動の場所として施設外の就労継続支援B型事業所「フルールいずみ」(同法人)や高齢介護の施設もを利用しています。 ■地元シルバー人材センターと契約、施設内の清掃や洗濯の仕事などを委託しています。 ■法人の方針では、今年度から和泉ブロック3施設(Ⅱ伯太・太平・じょいふるはかた)の合同会議をもって連携して地域貢献事業に向けて進めていく予定です。 ■今後は施設の方針にある「地域の福祉ネットワークの核としての役割」を意識したさらなる積極的な取組みを期待します。 	

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	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。	b
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■主に「障がい者作業所連絡会」、地元市社協、近隣市町村担当部局等との関係のなかで、さまざまな情報を入手しています。 ■周辺地区の町会との情報交換の機会を設けることも望まれます。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■コロナ禍以前は法人南ブロック(『太平』『じょいふるはかた』を含めた3施設)において地域貢献事業として「ふれあい食堂」を実施しています。 ■現在、事業の再開に向けて話し合いの場が持たれています。 	

第三者評価結果

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。	a
	(コメント) ■法人理念として「人間としての尊厳」「自己決定の尊重」が明示されています。朝礼時に唱和を行い、利用者一人ひとりのニーズに即した支援を心がけています。■職員の自己チェックシートが毎月提出されています。自身の支援の振り返りと担当職員からのコメントが記載されています。	
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) ■利用者の権利擁護に関する規定・マニュアルは整備されており、研修も実施されています。 ■居室はすべて二人部屋で、共有スペースもプライバシーを守れる環境が不足しています。 ■入浴、排せつ等のマニュアルにおいてもプライバシー保護についての記載がありません。見直しが求められます。	
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。		
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) ■見学や体験利用希望者には積極的にオリエンテーションが行われています。ホームページも作成され、行事の様子を紹介した施設日記は更新されています。 ■福祉サービス内容が簡潔明瞭に説明されたパンフレットを作成し、ホームページも今一度見直し、わかりやすい情報を積極的に発信していくことが望まれます。	
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) ■契約書、重要事項説明書はルビを振り、丁寧にわかりやすく作成されています。契約は毎年必ず締結、更新されています。 ■契約を締結することが困難な場合には、成年後見制度の利用等の適正な方法がとられています。	
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。	a
	(コメント) ■退所後の相談や問い合わせ等に対応する担当、窓口を設置しています。 ■本来は家族がすべき行政への手続き等も施設が担うことも多く、継続性に配慮した対応を行っています。	

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)	<ul style="list-style-type: none"> ■自治会の場で聞き取りが行われていますが、満足度調査や嗜好調査は行われていません。 ■すべての利用者に対して満足度を把握する仕組みを整備し、その結果を踏まえて生活と支援の向上に向けた取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。

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)	<ul style="list-style-type: none"> ■苦情解決の仕組みが確立され、その仕組みが掲示されています。昨年度の苦情件数、内容が法人のホームページにおいて掲載されています。 	
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。	b
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者自治会は定期的開催されていますが、記録が不十分で、会議の内容が確認できません。 ■利用者・家族との話し合いを持つなどの日常的な取り組みに加え、意見箱の設置、アンケートの実施、第三者による聞き取りなど、相談や意見を述べやすい環境を整える取組みが求められます。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■自己評価では「自治会の場を活用する形になっている」とありますが、記録が不十分であると、意見や要望の共有や必要な取組みにつなげることができません。 ■具体的な検討・対応、利用者への経過・結果説明が会議録に記載されることが必要です。意見や提案から課題を明らかにし、福祉サービスの質を向上させていく姿勢が求められます。 	

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。

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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ヒヤリハット報告書・事故報告書の収集が行われています。ヒヤリハット報告書はデータ入力だけでなく、手書きでの収集も行われています。 ■事故防止委員会による要因の分析と再発防止に向けた対応策が行われ、転倒防止を呼び掛けるポスターの作成、掲示にも取り組まれています。 	
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。	c
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■感染症への対応は、予防及び発症時に感染を広げない対策が重要です。ハード面の制約、利用者の障がい特性等の様々な課題はありますが、「フロアー全員の利用者が感染しないと終結しなかった」今回のコロナ感染事案は大きな問題です。 ■担当者を中心に定期的に勉強会や研修会を実施するとともに、発生時の予防と対応マニュアルについては、早急な見直し求められます。 	

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。	a
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■南ブロック3施設合同で避難訓練を実施し、災害時における事業継続計画も作成され、定期的な見直しも行われています。 ■消防署の立会いのもとでの訓練も実施されており、安否確認システムを利用した安否確認訓練についても法人全体で行われています。 ■食料品を含む備蓄品が適切に準備されています。 	

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。

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)	<ul style="list-style-type: none"> ■各種の支援マニュアルが整備されていますが、現場の職員からは「活用していない」との声がありました。 ■マニュアルの作成は担当者だけでなく職員全員で取組み、周知が図られ、意識と理解をもって活用されねばなりません。 ■すべてのマニュアルについて、職員全員が関わっての見直しに早急に取組まれることが求められます。 	
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。	c
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■すべてのマニュアルは令和2年から見直しがなされていません。 ■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。新たな知識・技術等の導入を踏まえ、早急に現状を検証し、組織として定期的に見直す仕組みを確立してください。 	

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)	<ul style="list-style-type: none"> ■個別支援計画が各々の担当者により作成されています。サービス管理責任者が参画して、調整会議が行われています。 ■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、今年度からは本人が同席して調整会議が行われたケースもあります。 	
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。	a
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■計画の定期的な評価・見直しが実施されています。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行われています。 ■モニタリング、調整会議で検討され、必要に応じ担当職員によって書面を変更したうえ、フロー会議・支援会議で確認されます。 	

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)	<ul style="list-style-type: none"> ■日々の福祉サービスの実施記録は支援日誌と個々のケース記録にパソコン入力されています。ソフトは早期の情報の伝達、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、非常勤職員を含むすべての職員が、情報を共有する仕組みが整っています。 ■支援日誌は毎日、ケース記録は月単位でプリントアウトし、報告されています。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■法人として「文書管理規定」「個人情報管理規定」「プライバシーポリシー」等が定められています。 ■施設では目的が明示された「法人のホームページ及び季刊誌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」が用意され、年ごとに確認が行われています。 	

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)	<p>■日中活動の場や嗜好品の購入の際は一方的に決めずに、利用者が選択できる機会を設けています。</p> <p>■利用者同士が話し合える自治会活動は定例化し、記録した内容を職員間で共有することが必要です。利用者の希望や意向の把握、生活に関するルール等を利用者と十分に話し合っ決めてる取組が望まれます。</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>■「虐待事案、不適切事案のない利用者支援を職員全員が行うことをめざし、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、研修等を繰り返しています。</p> <p>■現在は使用されていませんが、離床センサーを一時期使用した際は、開始時、終了時の記録がされています。権利侵害事案が発生した場合の迅速かつ適切な対応について、体制、手続きや方法を具体化し、すべての職員に周知しておくことが求められます。</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>■利用者の高齢化が進む中、日常生活の支援は、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われています。</p> <p>■支援にあたっては、利用者が自力で行っている際に、介助を必要とする場合やその判断について、支援にかかわる職員間で共有・実践されることが重要です。個別支援計画の把握と支援マニュアルの整備が望まれます。</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。	b
(コメント)	<p>■意思表示や伝達が困難な利用者について、以前に取り組みれていた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、コミュニケーション手段を確保するための支援が望まれます。</p> <p>■SSTプログラムによる「挨拶をする」「礼を言う」「職員に相談をする」等、利用者のコミュニケーション能力を高める取組が求められます。</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>■意思決定の支援について、後見人の選定が積極的に行われています。</p> <p>■日中プログラム参加の意思確認や、生活への思い・希望を表明できる機会として、また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、個別の相談がとても重要です。計画的な場面設定が望まれます。</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もとづき、アイリー班（行動障がい）・創作活動班・スマイル班（機能訓練）等のグループに分かれ、一人ひとりが自分らしく、生き生きと取り組める活動内容が提供されています。</p> <p>■施設内プログラム以外にも、「フルールいずみ」や「美花デイサービス」など、地域の日中活動資源も利用して、支援に取り組んでいます。</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>■他の利用者への影響が大きい不適応行動があった場合には、一時集団から離して、個室で職員が見守る対応が取られています。</p> <p>■行動障がいを有する利用者に対しての個別的支援（構造化された支援）に取り組まれています。さらなる障がいへの理解と専門性の向上に努めることはもちろん、適切なハード面の整備やスケジュールボード等さまざまなツールの準備も必要です。外部の専門職の助言を得ることや定期的な研修機会の実施も望まれます。</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。	b
(コメント)	<p>■主治医と相談のうえ食事箋と個々の栄養マネジメント計画が作成され、4種の食事形態で提供されています。</p> <p>■委託業者と定期的に会議もたれ、季節食・行事食の提供等も行われています。</p> <p>■利用者に分かりやすい献立表の作成と嗜好調査を行い、利用者が食事を楽しく、美味しく食べられるような取り組みや工夫が望まれます。</p> <p>■昨年度から機械浴槽を導入し、利用者の快適性、職員の負担軽減につながっています。入浴マニュアルについては、整備・見直しが求められます。</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。	b
(コメント)	<p>■築30年が経過した施設ですが、シルバー人材センターとの契約もあって清掃が行き届き清潔感を保っています。</p> <p>■居室は二人部屋が基本で、共有スペースも模様替えなどの工夫はあされていますが、プライベート空間は不足しています。</p> <p>■利用者の障がい状況や意向に応じて、各居室にはテレビが設置されたり、ベットが置かれたりしています。今後利用者一人ひとりがくつろいで過ごせる生活環境づくりの努力に期待します。</p>	
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)	<p>■体力や筋力の低下を防ぐ必要のある対象を中心に「スマイル班」を構成し、毎月の予定表と利用者個々の訓練内容を設定し、機能訓練指導員（看護師）のアドバイスの下、階段昇降や歩行訓練などに取り組んでいます。</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と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対応について示されています。</p> <p>■毎週水曜日に訪問歯科があり、歯科衛生士による口腔ケアと必要なら簡易な治療も受けられます。</p> <p>■職員会議のレジュメにおいて「ワンポイント講座」として脱水症や緊急時の対応等の健康面の豆知識を看護師から提供されています。</p>	

A⑫	<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。</p> <p>(コメント) ■定期服用薬の管理は看護師が医務室内で行っています。頓服類はスタッフルームにて管理され、必要に応じて与薬されています。 ■健康面についての課題が発生した際は、嘱託医師を含むカンファレンス会議を開き、施設の方針や家族へのアプローチ方法等を決め、適切な支援や対応に取り組んでいます。 ■夜間や休日など看護師不在時の医療的な判断については、看護師から適切な助言や情報提供が行われています。</p>	a
A-2-(6) 社会参加、学習支援		
A⑬	<p>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。</p> <p>(コメント) ■コロナ禍で外出が計画的に実施できなかった際にも、できる範囲での社会参加の支援に取り組んできています。たとえば、施設内に洋服の販売業者を招き、買い物の雰囲気や体験し実際に自分で選んで購入する機会を設けたり、キッチンカーを呼んで外食体験を楽しんでもらうなどしてきました。</p>	a
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援		
A⑭	<p>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。</p> <p>(コメント) ■今年度の事業計画には「地域移行も積極的に進め、利用者やその家族が必要とする情報提供ができるよう、法人内施設や関係機関との情報共有・収集を行い、利用者の要望に沿った生活の実現を支援する」と記されています。 ■残念ながら、これまでのところ具体的な支援や取り組みが不足しています。利用者の希望と意向を尊重した今後の支援に期待します。</p>	b
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援		
A⑮	<p>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。</p> <p>(コメント) ■利用者の生活状況について、毎月「近況報告書」が個々のご家族に送付されています。 ■保護者の高齢化に加えコロナ禍もあって、以前のように足を運んでくれる家族は少なくなっています。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を報告するシステムが取られています。 ■施設からの報告では、内容や関係性に配慮し、報告者（施設長・看護師・役職者等）を選ぶなどの工夫をしています。</p>	a
		評価結果
A-3 発達支援		
A-3-(1) 発達支援		
A⑯	<p>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。</p> <p>(コメント) *支援の対象が成人のため、非該当とします。</p>	—

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)	*実施事業外のため非該当とします。	
--	--------	-------------------	--

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)	*実施事業外のため非該当とします。	
--	--------	-------------------	--

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)	*実施事業外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	比較的コミュニケーションが取りやすい利用者を事業所が選出
調査対象者数	2人
調査方法	事業者職員は同席せず、評価者が約15分間の聞き取りを別室で1人ずつ実施

利用者への聞き取り等の結果（概要）

Sさん（女性）66歳

生年月日、年齢もしっかりと答えてくれました。

自治会長をされています。

聴覚障がいが少しあるようで補聴器を使用されています。

普段は洗濯物をたたむ作業をしており、特にタオルたたみが得意です。

外出を楽しみにしています。洋服やジグソーパズルを買いたいです。

七夕の短冊にも書きました。また、白浜や伊勢、淡路島に旅行に行きたいです。

自治会で目標を決めました。「病気がないで、元気に暮らす」

担当の職員さんは優しく、時々姉に電話をしてもらいます。

薬は毎食後に便が出やすくなる薬を飲んでいきます。

Hさん（男性）40歳

自分の名前を漢字で書いて教えてくれました。

以前は看板屋で仕事をしていて経験があるとのこと。

発作で倒れて担架で運ばれたとのこと。体を動かすことが好きで職員とサッカーを

したり、外出先でボーリングをすることがあります。

アリオに外出をします。白浜に旅行に行きました。

好物はお米・ラーメンで、自分で作ったこともあるとのこと。

「明日は友達Mさんの誕生日です。」と何度も話してくれました。

歌祭りで得意の「すきま風」を歌います。

*コロナ禍の中で楽しみにしている日々の外出や面会、宿泊旅行ができていないようですが、少しずつ、出かけることも可能になり、楽しみも増えてきている様子です。