

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	知的障害者総合福祉施設「愛の家」		
運営法人名称	社会福祉法人全電通近畿社会福祉事業団		
福祉サービスの種別	障害児入所施設・障害者支援施設・相談支援事業所		
代表者氏名	施設長 上野 隆幸		
定員（利用人数）	55 名		
事業所所在地	599-0301 大阪府泉南郡岬町淡輪1600		
電話番号	072	494	0123
FAX番号	072	494	0102
ホームページアドレス	https://www.ainoie.jp		
電子メールアドレス	info@ainoie.jp		
事業開始年月日	昭和46年5月4日		
職員・従業員数※	正規	27 名	非正規 19 名
専門職員※	社会福祉士 2名 保育士 10名 管理栄養士 1名	介護福祉士 20名 看護師 2名	強度行動障がい支援者（基礎終了） 26名 強度行動障がい支援者（実践終了） 15名
施設・設備の概要※	[居室] 47 うち個室は36		
	[設備等] 会議室・スタッフルーム・プレイルーム・食堂 地域交流スペース・多目的スペース・リビング・ダイニング・キッチン・静養室・医務室・浴室・洗濯室・事務室・休憩室		

※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	2 回
前回の受審時期	令和 2 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】

1. 利用者が人間としての尊厳と誇りをもちながら、豊かな生活が送れるように支援します。
2. 施設から出て、地域で“あたりまえに”暮らすことができるよう経過施設の役割を果たします。
3. 利用者の経済的、社会的な自立を目指して、労働の保障・就労支援に力をいれます。
4. 地域に開かれ、地域の人たちとともに歩むことができる施設をめざします。

【施設・事業所の特徴的な取組】

1. 地元民生委員との活発な活動
2. 子ども会議の定期的な開催
3. 利用者の毎月の個別聞き取り

【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9月3日～令和6年9月6日
評価決定年月日	令和6年12月11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、創立から50年を経過しています。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、成人を含めた入所施設、多機能型事業（生活介護・就労継続B型）、グループホーム等を総合的に運営しています

「経過施設の役割」として地域移行への取り組みについては、残念ながら昨年度から実績がありません。日中活動については今年度新しく別棟の建設（11月完成予定）に向けてプロジェクトチームを発足して活動しています。作業スペースとともに児童の居室（個室）併せて設ける予定です。

職員の人事については、「愛の家」で児童と成人の部間での異動はありますが、それ以外の法人施設等への異動はありません。

◆特に評価の高い点

① 中期計画は項目ごとに詳細に策定されています。単年度計画も現場の声を反映されており、施設独自としての策定がなされています。

② 利用者（児童）の個別の聞き取りを毎月実施しています。その聞き取り内容は詳細に記録されています。子ども会議も毎月実施され、議事録も整備されています。

③ 行事などを通して、利用児・者と地元住民やボランティア（民生委員等）との交流が活発に展開されています。

④ 計画に基づいた多様な研修の実施とともに、報告（伝達講習も含めて）が着実に行われています。

⑤ 毎月家族あてに「通知票」を送付して支援計画の実施状況を報告しています。

◆改善を求められる点

- ① 内部監査は行われていますが、施設の経営・運営に関しての外部の専門家による監査の定期的な実施が望まれます。
- ② 職員の全体会議では、非常勤は利用者の支援・見守りにあたり、後日リーダーが会議内容を説明することにしていますが、人材の定着とサービスの質の向上のために、非常勤にも全体会議への参加機会を保障できるよう勤務体制の工夫が望まれます。
- ③ 特に児童施設で重要な位置を占める管理栄養士の常勤配置について検討が望まれます。
- ④ 基本業務チェックシートのなかに施設長からフィードバックのコメント欄を設けてください。また項目についても、さらなる見直しと、シートの効果的な活用方法も検討を要します。
- ⑤ 第三者委員が2名選任されていますが、障がい児・者分野に精通する方（岬町社会福祉協議会・学識経験者など）を加えることを検討してください。
- ⑥ 職務分掌一覧、各種委員会の目的などを一表にまとめ、わかりやすくする必要があります。また、それぞれについて一定数の職員を充てることによって、多くの職員が担当領域の見識を深めたり、責任感を高めたりといった効果も期待できます。

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

始めに、前回に引き続き同一の評価機関による評価でしたので、前回の評価結果と比較しながら今回の評価結果を見ることができたことが良かったと感じています。

特に評価の高い点については、施設でも特に力を入れている点であるため大変うれしく感じています。改善を求められる点については、前回指摘された内容が再度指摘されることがなく良かったと感じていますが、新たに指摘されたことについては、改善を進めていきます。また総合コメントにもありましたが「地域移行への取組み」については利用者の状況により難しい面もありますが、継続して取り組んでいきます。

今後、作業棟の建設や児童部の増床もありますが、利用者、保護者、地域、職員にとってよりよい施設となるよう励んでまいります。

◆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。		
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)	<p>■『愛の家』基本理念は事業所内玄関・スタッフルーム・各エリアの玄関、会議室の他ホームページに掲載されています。サービスの内容や事業所の考え方を示したものでわかりやすい内容になっています。</p> <p>■職員には理念を明示したカードを携帯させています。特に入職者への研修の場では十分に説明されています。また保護者会へも周知をしています。</p>	

		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)	<p>■施設の資金収支実績、稼働率などの経営状況のデータを毎月月次会議において提示しその分析もなされています。</p> <p>■法人ホームページにおいて事業別に年間の詳細な事業報告が掲載されています。</p>	
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)	<p>■施設の経営状況については毎月の月次会議（職員会議）において、資料と共に説明され職員への周知を図っています。</p> <p>■安定的で継続性を持った経営のために、利用者確保や稼働率向上を目指しています。</p> <p>■また毎月の職員配置体制の管理を行い、計画的な人員配置と加算要件を満たすようにしています。さらに情報共有のための支援記録ソフト「ほのぼの」の定着と活用をしています。</p>	

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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■中期ビジョンとして理念の実現にむけて2023年から2025年の計画が策定されています。各項目については具体的内容とそれが図示されており分かりやすいものとなっています。 ■新人職員には特に周知を図っています。 ■計画には評価、見直しの時期も明示されており、年度末に計画の進捗状況を確認しています。 		
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■単年度の計画は中期ビジョンを反映した内容となっています。 ■施設全体の計画と部門別の計画が詳細に策定されて具体的な内容となっています。 ■実施計画には期限月や数値を設定し実行可能な内容となっています。 		

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)	<ul style="list-style-type: none"> ■計画の策定にあたっては各部署にて職員が参画して意見を集めて、全体計画の原案としてまとめています。 		
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■保護者へは年度初めに説明されています。 ■児童には「こども会議」がありますが、年間計画の説明には至っていません。年間計画以外の行事計画や直近の計画については説明されています。説明については利用者にとってわかりやすい工夫(絵や写真)が必要です。 ■成人施設では説明の場がありません。すべての利用者への周知とともに、その方法についても検討が望まれます。 		

		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。
	(コメント)	<p>■質の向上に向けては『サービス向上委員会』（リーダー以上のメンバーで構成）があります。これには第三者委員及び保護者会が参画しています。利用者、家族、関係機関からの議題（支援上の苦情・希望など）について検討しています。今後はその内容を職員で共有して改善計画を出していく必要があります。</p> <p>■支援力向上委員会（月1回・全職員で構成）があります。ここでは事例研究の取り組みをしています。障がい特性理解やスタッフのスキルアップを目的としてサービスの質の向上に取り組んでいます。</p> <p>■今回の第三者評価受審に伴う自己評価についてはリーダー以上が参画していません。今後全職員の参画と定期的な実施を望みます。</p>
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)	<p>■前回の受審の際課題とされていた「作業棟の建設」（本年11月完成予定）、「ほのぼの」を導入した「記録の仕組み」、「職員の男女バランス」については今回の調査において改善されています。</p> <p>■「チェックシートの活用」については上司からのフィードバック欄を設けてコミュニケーションをとるなどの改善が必要です。前回でも同様の改善を指摘しましたが今回も改善されていませんでした。</p>

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)	<p>■自らの役割と責任については広報誌、各会議を中心に表明しています。とくに施設の安定的な経営、安心して信頼されるサービスの提供を中心に理解を図っています。</p> <p>■職務分掌が確認できませんでした。各職員の役割と責任を明確にして周知を図る必要があります。</p>
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)	<p>■大阪知的障害者福祉協会や全国の施設長会などの研修を受講し、コンプライアンスに関する情報を入手しています。職員に向けての全体研修会「虐待防止及び身体拘束の適正化」などでコンプライアンスの周知にも取り組んでいます。</p> <p>■緊急時の場合、管理者不在時の代理者を明示しています。</p>

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。	a
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■今年度計画には「サービス向上への取り組み」を掲げています。 ■『お客様の声』を積極的に収集することや、日常的なサービス向上を体系的に整理して法人主催の事例発表会を行うなどの取り組みを行っています。自らも大阪知的障害者福祉協会で行われた障がい福祉サービスの質に関する研修を受講しています。また施設においてもビジネスマナー（接遇）の研修も計画して質の向上に意欲的に取り組んでいます。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■経営者会議、企画会議、リーダー会議、支援会議、月次会議を通じて経営の改善や業務の効率化について組織的な取り組みを行っています。 ■月次会議においては毎月利用者に関する資金収支実績、稼働率を提示して、職員へ向けての経営状況の周知を図っています。特に数値目標と達成状況を伝えることにより職員が客観的に理解できるように取り組みをしています。 	

			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。			
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。	a
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■人材の募集についてはハローワーク、有料職業紹介事業者、近隣市へのチラシの戸配、元実習生、職員からの紹介を通じて確保しています。募集計画については中期計画を元に、当該年度の職員配置をみながら採用計画をたてています。 ■新人職員定着のために「新規採用者育成計画」（年間）の取り組みを行っています。離職率については現施設長の就任から少なくなっているとのことですが、退職理由の例として人間関係や資格を活かした仕事がしたいといったものがあるようです。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■法人の理念、施設基本方針に基づいて人事管理がなされています。全職員に対して職務グレードフレーム（職階基準表）が設定されています。これに基づき、年度初めに年間目標を設定します。その後リフレクションシート（面談内容様式）を基に1次考課者と2次考課者が前期・後期に面談を行い、年度最後に業績達成度評価表に集約しています。 ■振り返り面談の他施設長との個別面談を年度の上期に行っています。悩みの解消やキャリアプランの材料としています。 	
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。	a
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■働きやすい職場を実現目標として、今年度から年間休日日数を6日間増やしています。 ■時間外勤務減らすために業務の均一化に取り組んでいます ■休憩場所は確保されています。 	

II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

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)

■今年度より職員アンケートを実施しています。8月に2週間の期間限定で行っています。施設長との個別面談で伝えにくいことをアンケートに記入することにしてあります。集計結果は法人本部へ報告するとともに、職員へもフィードバックし、これを基に現場で討論することにしてあります。
 ■「基本業務チェックシート」(自己チェック・記名)の記入を実施しています。年に2回1週間ずつ自己コメントと感想を記入し、各部門長で集約してそれに基づき会議が開かれて情報共有されています。リーダーから個別指導するようになっています。最終的に施設長にて把握しています。
 ■前回の受審の際に課題としていましたが、施設長からのフィードバックのコメント欄が現在もありません。施設長とのコミュニケーションのためにぜひ設定してください。
 ■今後リーダーによる個別指導の基準設定や施設としてあるべき職員像も明確にしたうえでチェックシートを活用することが望まれます。

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。 **a**

(コメント)

■施設内年間計画が策定されています。計画の内容には組織の必要とされる専門技術、コンプライアンス、人権に関するものが明示されています。
 ■計画に基づき施設内外での研修が毎月定期的実施されています。各研修の報告は都度組織内に回覧しています。■職員全体を対象として伝達講習も定期的実施されています。
 ■聞き取りの中で支援の統一を課題として訴える声が複数ありました。OJT研修についてはリーダーの養成研修としても位置づけられているため、新人職員以外へも広げて定期的実施することが望まれます。

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)

■新人職員には個別的なOJT研修を行っています。また職階に応じた研修についても外部研修を中心に実施されています。
 ■研修については事務室の職員向けレターボックスに案内ファイルが常時おかれて情報提供をしています。職員の希望する研修については受講が叶えられるようになっています。

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。

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)

■実習生を受け入れる基本姿勢は明文化しています。実習生指導マニュアルも整備されています。受け入れにあたって学校との連携を大切にしています。
 ■専門職指導者講習会へ職員を派遣するなど研修・育成にも力を入れています)昨年度44名の実習生を受け入れています。

		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) <ul style="list-style-type: none"> ■法人ホームページには施設の理念や基本方針、福祉サービスの内容、中期経営計画、事業運営状況が公開されています。 ■施設の第三者評価の受審結果は施設のホームページに公開されています。苦情受付対応、第三者委員については施設玄関ホールにポスター掲示されていますがホームページでの公開を望みます。 ■法人のパンフレットにも施設の内容が掲載されています。 	
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) <ul style="list-style-type: none"> ■施設における権限・責任を明示した職務分掌がありません。 ■内部監査については家族会が毎月利用者の出納をチェックする他監事監査を受けています。 ■施設の経営・運営に関しての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。	a
	(コメント) <ul style="list-style-type: none"> ■地域との関わりについては法人の理念・施設の基本方針として明示されています。地域の季節行事、イベントに利用者が参加することが定例化しています。実施の都度職員やボランティアが支援を行う体制があります。実施内容は毎月発行の「機関紙」（ホームページ）で公開されています。 ■地元ボランティアについては民生委員との連携が密です。民生委員が施設内でサロン活動やバーベキュー大会を開催して地元の方を招待するなど交流が活発です。 ■地元小学校での「喫茶室」に利用者が参加するなど学校との交流もあります。 	
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) <ul style="list-style-type: none"> ■ボランティア受け入れのための基本姿勢を明文化しています。受け入れマニュアル（事前説明内容）も整備されています。オリエンテーションでのマニュアルの中には施設で必要とされるボランティアのメニューや活動目的が書かれています。活動後は活動記録とアンケート用紙があり今後の受け入れの参考としています。 ■「きぼう」では元実習生ボランティアによる「学習支援」があります。特に法人のNTT関連団体主催のイベントには利用者が参加しています。 	

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"> ■地元岬町での関係機関としては、①社会福祉協議会 ②自立支援協議会 ③福祉計画定例会 ④障害者施策推進協議会 ⑤社会福祉施設等連絡会 ⑥要保護児童対策地域協議会 等があり、これらにはリーダー以上の定例参加により情報共有、研修の受講をしています。今後連携の元で、個々の利用者の状況に対応できる社会資源のリスト化が必要です。 ■同一事業所として相談機関がありそれを通しての連携を図っています。具体的には昨年からはグループホームなど地域移行に向けて他法人を含めての相談がありそれに向けての動きがあります。 	
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"> ■岬町の各関係組織との情報共有の元、地域の実態や課題の情報を相談支援機関を通じ収集しています。 ■地域移行を推進するには、グループホーム入居にむけて具体的な対応を進めていく必要があります。そのためには地域の課題については充分把握することが重要です。 	
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) <ul style="list-style-type: none"> ■岬町の福祉避難所となっています。 ■地域防災に関しては、岬町との地域防災に関する継続的な取り組みを行っていますが、具体的に地域住民との合同訓練には至っていません。 	

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。		
#	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)	<ul style="list-style-type: none"> ■法人理念、施設基本理念が明文化され、職員証と共に携帯されています。施設独自の「基本業務チェックシート」で支援に関する業務点検に全職員が取り組んでいます。 ■利用者の尊重や基本的人権への配慮について、施設内研修が実施されています。基本業務チェックシートの定期的な見直しに期待します。 	
#	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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■権利擁護と虐待防止研修が年間2回実施され、すべての職員が必ず受講しています。 ■排せつ、入浴マニュアルが整備され、サービス提供時の同性支援、プライバシー保護について明記されています。 	
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。		
#	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)	<ul style="list-style-type: none"> ■法人機関紙（愛&ハート）施設機関紙（愛の家だより）が定期的に発行されています。施設概要も写真を多く使用し、分かりやすく説明されています。 ■各家庭に「通知票」が送付され、ホームページの更新、Instagramを活用したSNSの情報発信に積極的に取り組まれています。 	
#	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)	<ul style="list-style-type: none"> ■契約書・重要事項説明書はルビが振ってあり、丁寧にわかりやすく作成されています。一部に修正が必要な契約書類があり、内容の見直し、契約の更新が必要です。 ■児童のほとんどのケースは措置入所ですが、利用者の自己決定の尊重や権利擁護等の観点からサービス開始時の重要事項の説明は必要です。 	
#	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)	<ul style="list-style-type: none"> ■福祉サービス終了後も利用者や家族等が相談を希望した場合のために、担当者や窓口を設置することが必要です。 ■施設では管理責任者が窓口となって対応がされていますが、口頭ではなく、書面等で伝えることが望まれます。 	

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)	<p>■児童（きぼう）では、定期的に個別での聞き取りやこども会議等で利用者の声を聞く機会が設けられています。</p> <p>■成人（かがやき）では利用者満足を把握する仕組みが不十分です。コミュニケーション支援等を適切に行いながら、職員の利用者満足に対する意識を向上させ、施設全体で問題意識をもちながら、改善に向けた取組みが求められます。</p>	

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)	<p>■苦情解決のシステムは確立しており、苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した掲示物が掲示されています。「サービス向上委員会」にてお客様の声として意見を聴取し、改善に向けた取組みが行われています。</p> <p>■第三者委員には地域の民生委員と地区長を選任していますが、障がい児・者支援に精通した方の選出も望まれます。</p> <p>■苦情内容については、苦情を申し出た利用者等への説明、申し出た利用者等に不利益が生じないように配慮したうえで、ホームページ等での公表が求められます。</p>	
#	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)	<p>■児童（きぼう）では毎月、こども会議を開催し、意見が述べられる環境が整備されています。個別の聞き取りも毎月行われ、情報も職員間で共有されています。</p> <p>■成人（かがやき）では利用者の意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知する取組みが求められます。</p>	
#	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)	<p>■意見箱の積極的活用、アンケートの実施等、利用者の意見を積極的に把握する取組みに期待します。</p> <p>■利用者の意見や要望、提案等への対応について仕組みを確立することが重要です。対応マニュアルの策定が望まれます。</p>	

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) <ul style="list-style-type: none"> ■リスクマネジメントに関する会議（ヒヤリハット委員会）が定期的に関かれ、ヒヤリハット・事故報告や事例等の収集が適切に行われ、要因分析の実施や改善策・再発防止に向けた取組が積極的に行われています。 ■毎年、安全の確保・事故防止に関する研修が実施されています。 	
#	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。	a
	(コメント) <ul style="list-style-type: none"> ■感染症の予防・対応について、産業医の適切な助言・指導のもと、看護師によりマニュアルが作成されています。 ■看護師を中心に、感染症の予防や安全確保に関する研修が取り組まれています。新型コロナ対策では、利用者・保護者への周知、理解のもと、ゾーニングすることにより、クラスター感染を最小限に抑えることができました。 	
#	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"> ■毎月の避難訓練に加え、年に2回、消防署が立ち会いもとで総合避難訓練が行われています。避難訓練の報告書には毎回、内容の振り返りが記載されています。 ■職員の安否確認訓練も定期的に行われています。地元の岬町と地域防災について継続的に協議が行われています。 ■地元警察署から講師を招いて「不審者対応」についての防犯研修に取り組まれています。 ■食料や備品類等の備蓄物品が整備されています。 	

		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。		
#	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) <ul style="list-style-type: none"> ■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が図られ、職員が常時閲覧でき、活用できるように配置されています。 ■マニュアルには利用者の尊重、プライバシー保護や権利擁護に関わる姿勢が明示されています。 	
#	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) <ul style="list-style-type: none"> ■各種マニュアルは委員会等で見直しが行われています。また支援手順書については定期的に評価、見直しが行われています。 ■マニュアルの更新時期がまちまちです。更新時期を揃え、組織として定期的に継続した見直しを実施さ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。		
#	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"> ■児童発達支援管理責任者・サービス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が作成されています。 ■支援困難ケースの対応については、担当医、学校、関係機関等と連携、協議を実施し、サービスが提供されています。 	
#	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。	a
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■個別支援計画について、半期に一度、支援会議にて評価・見直しが行われています。個別支援計画を緊急に変更する場合はサービス管理責任者が中心となり整備する体制がありますが、変更の手順と関係職員への周知の方法を明示しておくことが望まれます。 ■毎月の「通知票」に支援計画の実施状況を記載し、保護者・利用者の意向を確認しながら、支援計画の見直しが行われています。 	
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。			
#	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"> ■昨年度より支援記録ソフト「ほのぼの」を運用し、記録内容や書き方に差異が生じないように、記録要領の作成や職員への指導等の取り組みが行われています。 ■パソコンのネットワークシステムを活用し、事業所内で情報共有する仕組みが整備されています。 	
#	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)	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者に関する記録の管理については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、個人情報保護規定が定められており、個人情報の使用・写真及び映像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が実施され、法令順守、個人情報の保護、プライバシー保護についての教育・研修に取り組まれています。 	

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。	a
(コメント)	<p>■児童（きぼう）では「個別の聞き取り」や「こども会議」、「モニタリング」等で利用者の聞き取りを行い、支援会議で検討し、個別支援に取り組んでいます。</p> <p>■成人（かがやき）では日中活動や余暇での様子を記録し、利用者の声をもとに個別支援が行われています。</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。	a
(コメント)	<p>■年2回、職員全体研修会において「虐待防止・権利擁護・身体拘束等の適正化」をテーマとした研修が行われています。</p> <p>■〔児童〕きぼうでは「権利ノート」を活用し、具体例を示しながら理解しやすいように工夫した取り組みが行われています。</p> <p>■コロナ感染時、一時的に感染を防ぐための方法として、やむなく行動制限を実施しましたが、保護者の同意書を作成し、期間等の記録もされています。</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。	a
(コメント)	<p>■発達に応じてトイレトレーニング、身だしなみ、清掃、学校の準備、小遣いやスケジュール等の自己管理が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。</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>■カードを使用して意思疎通を図っています。絵カードやマカトンサイン等でコミュニケーション手段の工夫が行われています。</p> <p>■SST活動を通して、コミュニケーション技術の向上に努めています。提供する活動や場所を写真を使って分かりやすく掲示しています。</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。	a
(コメント)	<p>■個別の聞き取りや、関係機関との連携により意思の尊重や相談等が適切に行なわれています。</p> <p>■利用者一人ひとりの状況に応じて、情報提供の仕方や意思決定に至るプロセスのあり方を考え、利用者の意思を尊重した支援が行われています。</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。	b
(コメント)	<p>■個別支援計画にもとづく日中活動と利用者支援が不十分です。支援内容、プログラムやレクリエーション等の実施状況については、日課表や週間・月間予定表を作成し、計画的に実施されることが望まれます。</p> <p>■余暇やレクリエーション活動については利用者の意向にもとづくことが重要です。利用者の希望に応じた支援が求められます。</p> <p>■職住分離の原則に基づいた日中活動施設の建設が予定されています。充実した日中活動が実施されることを期待します。</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>■強度行動障がい支援者養成研修を積極的に受講しています。行動障がい等の個別的な配慮が必要な支援に対しての手順書は整備されていますが、記録の整備、支援方法の検討・見直しや環境の整備が求められます。</p> <p>■支援者養成研修を受講した職員による伝達研修の実施が望まれます。</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。	b
(コメント)	<p>■日々の食事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われています。</p> <p>■毎月、委託業者と給食会議を行い、成長に合わせて主食量の調整が行われています。</p> <p>■常勤の管理栄養士が配置されていません。障がい児施設において食育は重要な役割です。主食量の調整だけでなく、利用者の心身の状況に応じた食事の提供と支援が重要です。食生活の支援として栄養マネジメントやアレルギーの克服等、専門職が連携した取り組みが望まれます。</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。	a
(コメント)	<p>■清掃業務は事業所と委託契約し、館内は清掃が行き届いています。</p> <p>■産業医を含む、安全衛生委員会が毎月、職場を巡視し、設備や備品等、安全で快適な環境が点検・維持されています。階段のてすりを滑って遊ばないように、オブジェが設置されています。</p> <p>■利用者が不穏に陥った場合は、地域交流スペースでタイムアウトし、クールダウンするまで職員が対応するようにマニュアルが作成されています。</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。	b
(コメント)	<p>■利用者の障がい状況に応じて、学校と連携し、OTやSTの助言を受けながら支援に反映されています。</p> <p>■施設においても専門職の助言・指導に基づき、日中活動の場で筋力トレーニングや歩行訓練が実施されています。個別支援計画と機能訓練・生活訓練等が連動して実施され、定期的にモニタリングを行い、検討・見直しすることが望まれます。</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)	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者の健康状態の把握のため、毎年の健康診断が実施されています。入浴や排せつ場面を通じて利用者の健康状態の把握に努めています。 ■緊急時の対応マニュアルが整備されています。看護師へのオンコール体制がとられており、夜勤責任者の指示のもと、迅速な対応が適切に実施されています。 	
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。	b
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■感染症及び食中毒の予防に関する研修の実施、安全衛生委員会の設置等、安全確保のための体制が整備されています。 ■服薬等に関するマニュアルは、誤薬・誤飲や服用の拒否、重複服用や服用忘れがあった場合の対応方法を定めることが求められます。 	

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)	<ul style="list-style-type: none"> ■岬町の役場、社会福祉協議会等から地域イベントの情報収集を行っています。地域の祭りやお絵かき教室に出かけ、地域の方々と交流を深めています。 ■施設内のお絵かき教室や大学生による学習支援活動は定期的な継続した取り組みとして、子供たちにも好評です。 ■中高生新聞の定期購読がされています。 	

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。	b
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■施設の基本理念において「施設から出て、地域であたりまえに暮らすことができるよう経過施設的役割を果たします」となっていますが、残念ながら、昨年度から地域移行の実績は確認できませんでした。 ■今年度は2名の利用者の地域移行支援の受給者証の交付申請を行い、グループホーム・作業所の見学、体験に取り組む予定です。その他の利用者に対しても、地域生活の意向確認と早期の地域移行の実現に期待します。 	

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)	<ul style="list-style-type: none"> ■毎月、保護者あてに法人機関紙、施設機関紙に加え「通知票」が送付されています。日々の様子やレクリエーション活動など、多くの写真を添えて、支援計画の実施状況が記載されています。担当職員が作成していますが、楽しみにしている保護者も多いとのこと。 ■保護者会議の場面や、支援計画の説明時に、保護者と意見交換する場を設けています。 ■児童(きぼう)は措置ケースがほとんどですが、家族再統合に向け、児童の保護者に対する関わりとサポートに期待します。 	

		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)	■毎月の支援会議において、発達状況等を把握し、日常プログラムを作成しています。定期的にSST活動を実施し、社会性を身につけたり、対人関係を円滑にするトレーニングが取り組まれています。	
		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)	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	
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）

--