

兵庫県福祉サービス第三者評価
評価結果報告書

施設名 : いきいき宝夢

(生活介護・施設入所支援事業)

評価実施期間 2018年7月6日 ~ 2018年12月31日

実地(訪問)調査日 2018年10月10日

2019年1月4日

特定非営利活動法人

はりま総合福祉評価センター

様式第1号

兵庫県福祉サービス第三者評価の結果

① 第三者評価機関名

特定非営利活動法人 はりま総合福祉評価センター

② 施設・事業所情報

名称：いきいき宝夢	種別：生活介護・施設入所支援		
代表者氏名：大谷 武志	定員（利用人数）：	40	名
所在地：〒665-0812 兵庫県宝塚市口谷東3-30			
TEL：0797-89-8780	ホームページ：h http://www.sazankafukushi.org/		
【施設・事業所の概要】			
開設年月日：平成11年4月1日			
経営法人・設置主体（法人名）：社会福祉法人 宝塚さざんか福祉会			
職員数	常勤職員：	23	名
			非常勤職員：
			3
			名
専門職員	管理者	1名	管理栄養士
	サービス管理責任者	1名	生活支援員
	看護師	1名	21名（2）
			介助員
			1名（1）
施設・設備の概要	建物：鉄筋コンクリート造3階建て	44室	
	主な設備：食堂4室・作業室1室・相談室1室・浴室4室・便所12室・医務室1室		

③ 理念・基本方針

利用者が安全で、安心した生活が送れるよう支援する。

④ 施設・事業所の特徴的な取組

<ul style="list-style-type: none"> ・月～金曜日の午前中に日中活動を実施。 ※企業からの委託作業・廃品回収活動・歯磨き粉の販売活動・館内清掃等 ・行事は概ね月1回を目処に実施。 ・土・日曜日、祝日は利用者個々の買い物等の外出活動及びグループでの余暇活動の実施。 ・入浴は毎日実施。 ・年2回の避難訓練実施。 ・利用者の病状に必要な通院、往診等の実施。年2回の健康診断の実施。
--

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 30年 7月 3日（契約日）～ 平成 31年 1月 31日（評価結果確定日）
受審回数 （前回の受審時期）	初回

⑥ 総 評

◇特に評価の高い点

- **法人の理念から施設の支援における考え方まで一連の流れが確立し、中・長期事業計画をもとに計画的な施設運営が行われています。**

現在、法人事務局において、中・長期計画の見直しのもと、新たな時代に向けた体制や仕組みの構築が進められていることが、随所にかがえます。また、週1回の経営会議、月2回の運営会議において、事業経営をとりまく環境と経営状況を的確に把握・分析することにより、地域の動向を含め社会福祉事業全体の動向を把握し、施設運営に役立てています。

- **個別支援計画のもと、個々の障害特性に応じた多様な支援を組み立てています。**

サービス管理責任者が中心となって、部門を横断した職員（作業療法士、臨床心理士、看護師）が専門性を活かして、アセスメントがなされ、項目ごとに支援課題を掲げ、一人ひとりの実態に即した個別支援計画を立て、支援にあたっています。また、定期的に心理研修・作業療法士研修を実施し、障害に関する職員の専門知識の習得と向上を図り、ユニットごとのミーティングで利用者個々の障害の特性について把握し、その状況に応じた生活への配慮や環境の調整が行われています。特に行動障害のある方については、障害特性に応じた自助具・日常生活用具等の設備や視覚支援等の生活環境を整えています。

◇改善を求められる点

- **支援や業務の評価から見直しに至るまでの手順を明確にし、PDCAサイクルを確立していくことが重要です。**

昨今、人材育成をはじめ、基本的なマニュアルの整備等、業務の改善が図られており、多様な事業が展開されていることがうかがえます。今後は、相談や意見を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等について定め、福祉サービスの質の向上に向けたPDCAサイクルを確立していくことが重要です。

- **プライバシーの保護など利用者本位のサービスの具体化が必要です。**

施設の生活について、利用者の声を聞いて反映する取組は行われていますが、利用者のプライバシーの保護や利用者満足の向上、利用者の主体性など、利用者本位の取組としての位置づけが明確ではありません。現在取り組んでおられる支援について、利用者本位の視点から整理され、具体化していくことが望まれます。

- **利用者支援に関するマニュアルの整備が望まれます。**

現在、個別支援を中心に個々に応じたサービスが行われています。しかし、チームで利用者を支援していくためには、各場面において支援の目的やねらいを明確にし、ベースとなる標準的な支援方法（スタンダード）を確立していくことが大切です。今後は、最善の支援が継続的かつ効率的に実践出来るよう早い段階での利用者支援に関する体系的なマニュアルの整備が望まれます。

⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

いきいき宝夢の現状について第三者より評価が行われたことは、これまでを振り返る良い機会となり、また、新たな気づきの機会となりました。高く評価された点についてはさらに向上するよう、改善が求められた点については今回の評価、助言されたことを参考とし、改善に努めていきたいと思ひます。

⑧ 各評価項目に係る第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

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

I-1 理念・基本方針

		第三者評価結果
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> ○「利用者の思いの実現」、「職員の資質向上」、「地域との共生」を理念として、ホームページやパンフレットで公開されるとともに、職員会議や研修を通じて、周知に努められています。 ○ 今後は、理念や基本方針について、わかりやすく説明した資料を作成するなどの工夫を凝らして利用者や家族への周知を図るとともに、周知状況を確認し、継続的な取組を行うことが望まれます。		

I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
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> ○ 事業経営をとりまく環境と経営状況を的確に把握・分析するために、週1回の経営会議、月2回の運営会議において、利用者の状況や事業所の稼働率、職員の人員配置等を分析・データ化し、法人全体で詳細に検討され、経営環境の変化等に適切に対応されています。		
③	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	a
<コメント> ○ 運営会議、経営会議において、「赤字解消」、「人材育成」という2つの大きな経営課題を明確にし、役員や主な職員が共有して中・長期計画（3～5ヶ年計画）を策定して、課題解決に向けて具体的な取組を進められています。また、経営状況や改善すべき課題については職員会議等で職員に周知徹底を図られています。		

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
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> ○ 計画策定委員会のメンバーに現場職員を入れ、現場の生の声を計画に反映させる工夫をされています。また、経営状況を見て計画的に設備投資（スプリンクラーの設置など）をされるなど、具体的な取組ができる事業計画になっています。平成26年に策定された中・長期計画は、現在見直しに入られています。		

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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 現状の事業体系や利用者像の分析を行い、中・長期計画を踏まえた事業計画を策定されています。具体的には、作業中心の日中活動から居場所づくりに重点をおいた生活介護事業へのシフトなど、重度・高齢化が進む利用者の障害特性に対応した、単年度の事業計画になっています。 		
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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 策定委員会に現場職員が参画して事業計画は策定され、職員会議や研修等で職員への周知を図るとともに、理解を促す取組をされています。 ○ 今後は、事業計画の策定から実施状況の把握や評価・見直しに至るプロセスを明確化し、実効性のある仕組みを整備することが求められます。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者の重度化、高齢化の問題から、利用者等への計画の周知は難しい面があるものの、保護者へのアナウンスなどにより、周知の取組はうかがえます。 ○ 今後は、事業計画の主な内容をわかりやすく説明した資料を作成するなど、利用者等が、より理解しやすいような工夫を凝らしたり、参加を促す観点から説明に際しては、パワーポイントの使用、絵や写真、またアニメなどを入れるなどの工夫を凝らした取組を行うことが期待されます。 		

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 組織図や職務分掌を明確にするとともに、定期的な職員ヒアリングを行うことによって、職員一人ひとりが自己の振り返りをして課題を見つけ、全体で共有していく仕組みがうかがえます。 ○ 今後は、今回の第三者評価の受審結果を参考に、PDCAサイクル（改善のためのサイクル）が十分に機能する体制の構築が期待されます。 		
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。	c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 職員会議やフロア会議などにおいて、サービスの質の向上に関する取組については活発に論議されていることはうかがえますが、評価結果にもとづいて具体的な改善策を実施するには至っていません。 ○ 今後は、評価結果を分析した結果やそれにもとづく課題を文書化するとともに、職員間で共有化し、評価結果にもとづく改善の取組を計画的かつ組織的に行い、改善策や改善の実施状況の評価を実施し、必要に応じて改善計画の見直しを行うことが求められます。 		

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
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> ○ 管理者は、職務分掌一覧表で職員の役割を明確にされています。しかし、経営管理に関しては管理者の取組は明確とはいえず、災害時や管理者が不在の時の対応についても明確化されているとはいえません。 ○ 今後は、管理者は自らの役割と責任を会議や広報誌などにおいて、職員に対して表明し、理解を図るとともに、有事や不在時の管理体制についても明確にすることが求められます。		
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。	b
<コメント> ○ 管理者は遵守すべき法令等を正しく理解するために研修や説明会に参加され、利害関係者（取引事業者、行政関係者）との適正な関係が保持されています。 ○ 今後は、環境への配慮等も含む幅広い分野について遵守すべき法令等を把握するとともに職員に対して遵守すべき法令等を周知し、また遵守するための具体的な取組を仕組みとして整備することが期待されます。		
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、その取組に指導力を発揮している。	b
<コメント> ○ 管理者は、ヒアリングや各種会議、事例検討会等に参加し、現場職員の意見を聞き取りながら福祉サービスの質に関する課題を把握し、評価・分析を通して改善のための具体的な取組を明示し、指導力を発揮されています。 ○ 今後は、マニュアルの作成や一連の取組のプロセスを明確化にするための仕組みを整備することが期待されます。		
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。	b
<コメント> ○ 管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上について、利用者の状況、区分、施設の空き状況、人員配置等について一覧表を駆使され分析されるとともに、職員の働きやすい環境整備等についても、具体的に取り組まれています。 ○ 今後、管理者は経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、職員の意識改革を図るなど、具体的な体制を構築して、自らも積極的に参画することが望まれます。		

II-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 人材確保については、中・長期的な視点から、大学訪問や就職フェアへの参加、大学への職員派遣、更にはインターン実習の受入れなど多様な取組を積極的に行われています。また、新任職員には、最初の3ヶ月は頻りに面談、ヒアリングを行い、OJT（日常業務にもとづいた研修）による育成が実施されるなど、必要な福祉人材の確保・定着等に関する計画を確立し、計画にもとづいて具体的な取組が行われています。 		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 法人の理念にもとづいた「期待される職員像」を明確化し、定期的な職員ヒアリングで個人の目標設定を行い、それに対して管理者や上司が助言を行っています。また、資格取得一覧表を作成し、取得資格に対しては手当で評価を行い、職員のモチベーションアップを図るなど多様な取組が行われています。 ○ 今後は、キャリアパス制度を創設し、職員が自らの将来像を描くことのできるような総合的な人事管理制度の整備が望まれます。（現在、プロジェクトチームを立ち上げ総合的な人事管理制度の創設に向けて取組を始められています）。 		
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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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ことはうかがえました。 ○ 今後は、職員の心身の健康と安全の確保に努め、その内容を職員に周知するなどの取組が期待されます。 		
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 理想の職員像が明確にされ、管理者は半年に一回以上ヒアリングシートをもとに面談を行い職員一人ひとりの目標設定を明文化しています。ただ、目標設定についての水準、目標期限は明文化されていません。 ○ 今後は、キャリアパスフレームを明確にし、目標管理の仕組みを整備することで、職員一人ひとりの育成に向けた取組を定着させ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。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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ます。 ○ 今後は、定期的に計画の評価と見直しを行うとともに、研修内容やカリキュラムの評価と見直しを行うことが望まれます。 		

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> ○ 新任研修で毎月3回のヒアリングを行い、一人ひとりが個別に目標を定めています。また、「OJT担当会議」において、教育する側の職員の育成にも取り組まれています。研修は勤務表に組み込まれ、内部・外部研修の目的を明確化するとともに、研修への参加も促されています。 ○ 今後は、新任職員をはじめ、職員の経験や習熟度に配慮した個別的なOJT(日常業務にもとづいた研修)が適切に実施されるプログラムの作成が期待されます。		
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。	c
<コメント> ○ 保育士や看護師養成の実習生を積極的に受け入れられています。 ○ 今後は、実習生受け入れのための基本姿勢の明文化やマニュアルの作成、更には施設独自の実習プログラムの作成など、実習生受け入れ体制の整備に努めるとともに、社会福祉士や介護福祉士等の福祉関係の専門職養成に取り組まれることが求められます。		

II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
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。	b
<コメント> ○ ホームページで、予算や決算が情報公開されています。また機関紙やパンフレットは市役所や保健センター、社会福祉協議会などに配布され、内容は1年毎に更新されています。苦情箱は設置されており、苦情があれば施設長から管理者へ、情報が伝わるシステムになっています。 ○ 今後は、苦情受付から苦情解決に至るプロセスの明確化や地域に向けて活動や苦情、相談内容を公表するなどして、施設運営の透明性を確保する多様な取組を仕組みとして整備することが期待されます。		
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。	a
<コメント> ○ 監事による内部監査は定期的に行われ、会計士による監査も毎月詳細にわたって行われており、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ます。 ○ 今後は内部監査や外部監査の結果について、職員に周知することが期待されます。		

II-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 理念の3本柱の一つに地域との共生を掲げ、利用者と地域との交流を深めるために毎年秋祭りを開催され、地域住民や小学生が多数参加し、多様な地域の人との交流が図られています。また、その際には会議室や1階のフロア、ホールも地域に開放しています。ただ、利用者の高齢化・重度化が進んでいることもあり、定期的な交流の確保は十分とはいえません。 ○ 今後は、利用者が地域の行事や活動などに参加するに際しては、必要があればボランティア等が支援を行う体制の整備が期待されます。 		
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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 学校教育への協力については、小学校の社会見学を受入れていますが、重度障害の利用者が多く、ボランティアの受入れが難しい現状があるため、ボランティアの受入れマニュアル等の整備には至ってはいません。 ○ 今後は、ボランティア等の受入れに対して障害の理解や安全対策等の研修を実施するなど、受入れ体制を整備することが期待されます。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 施設を退所してグループホームに移行する利用者への支援については、当該施設と緊密な連携のもとで行われています。また、地元の自治会とは共同で防災協定書を締結するなど、自治会の定例会への参加、また社会福祉協議会主催の地域連携会議にも参画されています。 ○ 今後は、利用者へのサービスに必要な機関や団体をリスト化し、職員間で情報の共有を図るなどの取組を、仕組みとして整備することが期待されます。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 地域に対する施設の開放や空き缶集め、秋祭りの開催などで地域の理解を得るなど協力体制ができており、地域の活性化にも一役買われています。 ○ 今後は、施設の有する専門性や特性を生かした地域住民のための取組が望まれます。 		
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。	c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 街灯や防犯カメラの設置等、地域と協働して設備を整備するなどの取組はうかがわれますが、地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動を行うには至っていません。 ○ 今後は、民生・児童委員や地域住民から把握した福祉ニーズにもとづく、地域活動への積極的な参画が求められます。 		

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 理念や職員倫理要綱に利用者を尊重する規定があり、現場の職員が参加して危機管理担当者会議、支援者会議、担当者会議等が開催され、利用者を尊重した福祉サービスの提供について共通の理解をもつための取組が行われています。 ○ 今後は、障害者の権利条約の理解や合理的配慮など、障害者の権利を高める取組について、より明確にすることが期待されます。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者のプライバシー保護についての規定はあり、基本的な意識やサービスの提供は行われていますが、明文化には至っていません。ただ、行方不明や事故、虐待等に対する危機管理対応マニュアルは策定され、不適切な事案が発生した場合の対応方法等は明示されています。 ○ 今後は、プライバシーに関する研修や権利擁護に配慮した支援について、更に明確にしていくことが期待されます。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 施設が提供する福祉サービスの内容についてはパンフレットを作成し、市役所や保健センターなどに配布するなど、サービスの選択に必要な情報を積極的に提供されています。また、利用希望者に対する情報提供について、適宜見直しをされていることがうかがえました。 ○ 今後は、施設を紹介する資料は言葉遣いや写真・図・絵の使用などを効果的に活用し、誰にでもわかるような内容にすることが期待されます。 		
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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 福祉サービスの開始・変更時には、利用者や家族の同意を得たうえで、その内容を書面で残されています。 ○ 今後は、説明責任を果たす視点から、障害に応じた配慮についてルール化され、更にわかりやすい説明・工夫を図られることが求められます。 		

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。	c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 施設・事業所の変更や家庭への移行にあたり、福祉サービスの継続性に配慮した対応は十分にうかがえますが、明確な役割分担や手順・様式等についての対応マニュアル作成には至っていません ○ 今後は、引継ぎやアフターフォローについて、文章化や手順を整備していくことで、継続性に配慮した仕組みを構築していくことが求められます。 		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 日常的な支援の中や、利用者との懇談を通じて要望を把握し、利用者の満足度の把握に努められています。 ○ 今後は、項目を定めたアンケート調査や聞き取りを定期的に行い、分析することで、利用者の意向をサービスに取り入れるプロセスを明確にしていくことが望まれます。 		
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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 苦情解決の仕組みについては、受付から解決処理まで体制を定め、重要事項説明書に明記されています。 ○ 今後は、利用者の意見を取り入れる視点から、分かりやすく説明した資料を配布・掲示するなど、苦情解決の仕組みを周知する取組が重要です。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者からの相談については、支援員が中心となって、会議室、和室等を活用し、随時行われています。 ○ 今後は、利用者の生活における多様な相談先を文章化し明示していくことで、意見を述べやすい環境を整備していくことが望まれます。 		
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。	c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 日々の福祉サービスの提供において、利用者との話し合いの機会を多く持ち、意見を述べやすいように声掛けが行われていますが、組織として利用者からの相談や意見を聞き取る仕組みは確立していません。 ○ 今後は、相談や意見を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等について定めたマニュアル等を整備していくことが重要です。 		

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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 事故発生時の対応と安全確保について、危機管理担当者を配置し、危機管理マニュアルを整備し、起こったアクシデントについて対応が図られています。また、ヒヤリハットや事故報告書を通して発生原因の分析がなされ、改善していく仕組みが構築されています。 ○ 今後は、予防の観点からリスクマネジメントの研修がなされ、日常の支援に活かされる仕組みを構築していくことが期待されます。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 危機管理担当が中心となって、感染症に関するマニュアルを整備し、日常的な予防対応が実施されています。また、起こったアクシデントについては、随時検討され、改善していく仕組みが構築されています。 ○ 今後は、感染症に関する対応について、研修や見直しに至る経緯をより明確にすることで、利用者の安全確保のための更なる体制づくりが期待されます。 		
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やっている。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 危機管理マニュアルに災害時の対応体制を明記するとともに、備蓄として飲料水、食品を備えています。 ○ 今後は、災害時に向けて、定期的な避難訓練の実施や利用者及び職員の安否確認の方法を明確にされることにより、利用者自らの防災意識の向上が望まれます。 		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 標準的な実施方法については、業務マニュアルとして、フロア別・曜日別・出勤シフト別に明記され、いつでも見られるよう職員室に配備されています。 ○ 今後は、実施しているサービス毎に標準化され、スタンダードな支援を確立していくことが望まれます。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 業務マニュアルは、利用者の状況に合わせて随時見直しが行われ、支援会議で周知されています。 ○ 今後は、サービスの標準的な実施方法について定期的に検証し、見直していく仕組みの確立が望まれます。 		
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。		
42	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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ サービス管理責任者が中心となって、部門を横断した職員（作業療法士、臨床心理士、看護師）が専門性を活かして、アセスメントがなされ、項目ごとに支援課題を掲げ、一人ひとりの実態に即した個別支援計画を立て、支援にあたっています。 ○ 今後は、アセスメントから計画の作成、実施、評価、見直しに至るケアマネジメントサイクルのプロセスを明確にしていくことが望まれます。 		
43	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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ サービス実施計画の定期的な評価、見直しについては、6か月に一度、利用者や家族に状況を聞き取った後、手順に沿って見直され、本人・家族の同意を得られています。また、利用者の体調変化等により計画の変更の提案があれば、会議を経て速やかに対応されています。 ○ 今後は、「観察結果」「評価」「見直し」の手順を明確にしていくとともに、個別支援計画とマニュアルの関係や、サービスの質の改善への反映について、明確にしていくことが望まれます。 		
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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ コンピュータシステムを活用して、利用者一人ひとりの状況が詳細に記録されています。また、情報共有については、支援会議や職員会議を通じて行われています。 ○ 今後は、記録要領の作成や研修の実施によって、記録内容や書き方に差異が生じないような仕組みについて、更に明確にしていくことが望まれます。 		

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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 法人による文書取り扱い規定をはじめ、各種規定により、個人情報の取り扱いについて明記されており、家族には重要事項説明時に周知されています。 ○ 今後は、個人情報の不適正な利用や漏えいが発生した場合の対応方法や、利用者に関する記録の管理体制について、職員に対し教育や研修が行われ、更に明確にしていくことが望まれます。 		

評価対象A 内容評価基準

A-1 利用者の尊重と権利擁護

		第三者評価結果
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
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

特記事項

<ul style="list-style-type: none"> ○ 日常的に利用者の希望を聞く機会を設けることで、意思表示を引き出せるよう配慮されています。また、個別支援計画には、個別に合わせた配慮や支援が具体的に明記され、利用者の自己決定を尊重した好事例がうかがえました。 ○ 人権侵害については、危機管理マニュアルに権利侵害に関する取り決めに明記し、月1回、危機管理担当者会議で検討が行われています。 ○ 今後は、権利侵害の防止等について職員が具体的に検討する機会を設けることで、権利擁護をはじめ利用者を尊重する取組を明確にしていくことが望まれます。

A-2 生活支援

		第三者評価結果
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
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
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
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
A⑦	A-2-(1)-⑤ 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。	a
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
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
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

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。	b
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
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。	b
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
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。	b

特記事項

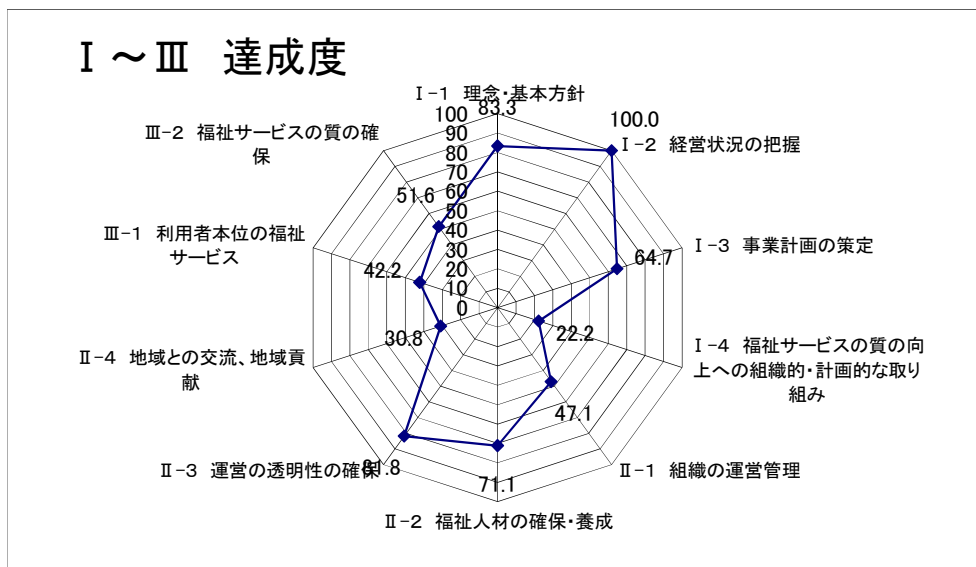
- 支援の基本に利用者の意志を尊重する支援を掲げ、コミュニケーションに配慮が必要な方への支援として、カードや音楽を使ったコミュニケーションを用いて、意思表示を引き出せるよう配慮されています。
- 日常生活支援は、個別支援計画書等に個別の支援の状態や留意事項を明記し、ケース検討会やミーティングにて職員間で共有し、個別対応に重きを置くことにより、利用者一人ひとりのペースに合わせた支援が展開されています。
- 生活介護ですが、利用者の状況に合わせて多くの利用者が作業活動に参加しており、利用者の生活リズムと生き甲斐の構築につながっています。
- 年1～2回、心理研修・作業療法士研修を実施し、支援方法等の検討と理解・共有を行っています。特に行動障害のある方については、障害特性に応じた自助具・日常生活用具等の設備や視覚支援等の生活環境を整えています。
- 食事支援については、利用者の咀嚼、嚥下状態に合わせ6種類の食事形態が準備されており、栄養アセスメントにもとづいて、一人ひとりに応じた栄養ケア計画が立てられています。
- 嘱託医や関係医療機関との連携のもと、看護師を中心に利用者の健康状態を把握するとともに、体調変化に対応する体制が整備されています。また、必要に応じて医療ケアの個別指導が行われています。
- 利用者の希望に合わせた外出の支援が行われています。また、利用者の希望する外出について、随時検討がなされていることがうかがえました。
- 家族への連絡は面会時をはじめ、書面やメールを活用するなど、迅速に家族との情報交換を行っています。また、家族会の開催や週1回の保護者への定期報告など家族との連携の仕組みが確立しています。
- 一方で、個別支援を中心に業務が標準化されていることから、生活場面ごとの事業所全体でのサービスの標準化や文章化は十分ではありません。
- 今後は、利用者個々の取組を整理し、サービスを標準化していくことによって、生活支援をより充実させていくことが望まれます。

(別紙2)

各評価項目に係る評価結果グラフ

I～III 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
I-1 理念・基本方針	6	5	83.3
I-2 経営状況の把握	8	8	100.0
I-3 事業計画の策定	17	11	64.7
I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取り組み	9	2	22.2
II-1 組織の運営管理	17	8	47.1
II-2 福祉人材の確保・養成	38	27	71.1
II-3 運営の透明性の確保	11	9	81.8
II-4 地域との交流、地域貢献	26	8	30.8
III-1 利用者本位の福祉サービス	64	27	42.2
III-2 福祉サービスの質の確保	31	16	51.6
	227	121	53.3



A 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
1-(1) 自己決定の尊重	6	3	50.0
1-(2) 権利侵害の防止等	6	3	50.0
2-(1) 支援の基本	26	17	65.4
2-(2) 日常的な生活支援	5	5	100.0
2-(3) 生活環境	5	4	80.0
2-(4) 機能訓練・生活訓練	5	3	60.0
2-(5) 健康管理・医療的な支援	11	5	45.5
2-(6) 社会参加、学習支援	4	1	25.0
2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援	5	1	20.0
2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援	6	4	66.7
	97	52	53.6
	324	173	53.4

A 達成度

