

兵庫県福祉サービス第三者評価
評価結果報告書

施設名 : 宝塚くるみの里

(生活介護)

評価実施期間 2022年5月17日 ~ 2022年12月31日

実地(訪問)調査日 2022年8月18日

評価決定委員会開催日 2022年11月15日

2023年3月13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11-1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：宝塚くるみの里	種別：生活介護		
代表者氏名：溝田 康英	定員（利用人数）：	17	名
所在地：〒665-0823 兵庫県宝塚市安倉南1丁目9-41			
TEL：0797-84-5091	ホームページ： http://www.sazankafukushi.org		
【施設・事業所の概要】			
開設年月日：2017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：	9 名	非常勤職員： 1 名
専門職員 ※（ ）はうち非常勤職員を明示	施設長	1 名	職業指導員 名
	サービス管理責任者	兼務（ ）	看護師 1 名
	生活支援員	8（1）名	栄養士 名
施設・設備の概要	地面積 / 498.57 m ²		
	構造 / 鉄骨 平屋		
	延べ床面積 / 296.8 m ²		

③理念・基本方針

- ・利用者の基本的な人権を尊重し、一人ひとりの心身の状態に応じた支援を行い、安心して安全なサービスを提供します。

④施設・事業所の特徴的な取組

- ・動きのゆっくりな利用者の方の安心と安全を守りつつ、少人数の利点を生かして、本人のペースでゆっくりと関わるようにしています。
- ・機能訓練、体力維持を目的として、課題やプログラムを提供し、企業提携作業や就労支援については取り組んでいません。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	2022年5月17日（契約日）～ 2022年12月31日（評価結果確定日）
受審回数 （前回の受審時期）	初回（ 年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

- **令和3年度より、法人の「トータル人事システム（人事評価制度）」が導入されて、職員の「育成評価・処遇」が互いに関係し合う仕組みづくりが構築されています。**
 全職員が自らの仕事の目標を明確にし、振り返る取り組みが法人運営や障害者福祉の推進に繋がるシステムとして推進されています。年2回「個人目標シート」により職務遂行能力や成果・貢献度などがヒヤリングされて評価されています。
 また、法人理念にもとづく「法人研修体系」が策定されて「基礎研修・実践研修・実務研修・運営研修・フォローアップ研修」などが、職員のスキルに合わせて実施され「育成・評価・処遇」が連動し、意欲・能力を十分に発揮できる職場づくりや将来像が描ける総合的な仕組みとなっています。
- **利用者の出来ることを把握するための取り組みと多職種による意見を反映しながら個別支援計画が作成され、多様な利用者の障害特性に応じた支援が行われています。**
 サービス管理責任者を中心に法人で定められた、アセスメントシートを活用し、コミュニケーション技能や日常生活動作（ADL）など様々な角度から利用者の出来ることを把握するための取り組みが進められ、医師をはじめ看護師や作業療法士による専門的な意見や指示が個別支援計画に反映されており、障害特性に応じた利用者一人ひとりに対する具体的な支援が行われています。
- **利用者一人ひとりの想いや事業所での過ごし方について、環境整備や多様なプログラムが整備され、利用者を尊重した支援が行われています。**
 事業所内の環境において障害特性に応じた利用者の動線の確保や備品の配置とともに、後片付けの整理整頓を行うための棚の設置のほか、ロッカールームやスヌーズレン（光や音など感覚刺激空間を用いて、余暇やリラクゼーションを行う部屋）などを活用し、利用者一人ひとりの居場所の確保や事業所での過ごし方が選択できるよう取り組まれています。また、利用者と職員がゆったりとした時間をともにしながら、一緒に話し合い想いを聞き取り、日々のプログラムを確認したり、新たに利用者の出来る事を増やすための多様なプログラムが準備されています。

◇改善を求められる点

- **法人理念に掲げられている「地域とともに暮らし、地域とともに活動して地域のコミュニティ発展に寄与します。」が、現実的にはコロナ禍の影響で取り組めていません。**
 地域と事業所の相互交流を促進するという意味からも事業所が地域社会の一員としての社会的役割を果たすとともに、利用者の地域での活動参加や交流機会などの取り組みが望まれます。また、事業所は社会福祉に関する知識と専門性とともに、福祉サービスを実施するという公益性を有する組織として、地域の具体的な福祉ニーズを把握して、把握したニーズにもとづいて、具体的に地域生活に関するサービスの事業を事業計画に反映していくことが望まれます。
- **利用者一人ひとりに対する具体的な支援方法を明確にされていますが、事業所としての支援の標準化を図るためのマニュアルの整備が求められます。**
 法人全体の取り組みとして、サービス提供会議が定期的開催され、個別支援計画の作成手順やアセスメント手法の構築はうかがえましたが、支援の標準化を目的としたマニュアルには至っていません。今後は、現在行っている利用者を尊重した支援の考え方を踏まえた、支援に関する標準的な実施方法の作成が求められます。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

事業評価表の作成は、チーム分けを行い取り組んだが、質問に対してどういったことを答えて良いのか、その作成に時間がかかってしまい、提出までに全員が読み込んで納得して完成できなかった。質問の見直しも必要かも知れない。しかし、全員で苦勞して取り組んだことで、求められる水準が高いものであり、自分たちの仕事を振り返る良い機会となった。

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> ○ 法人理念がホームページ・事業計画などに記載され、また、基本方針が事業計画などに記載されています。法人理念は事業所の使命や目指す方向性、基本方針は理念との整合性のある具体的な内容となっています。事業所内にも掲示され、新人職員研修や支援会議で周知され、利用者・家族には年度初めに保護者会などで「くろみの里だより」を配布のうえ周知されていることがうかがえます。 ○ 今後は、法人理念や基本方針を利用者・家族が理解できる具体的な資料を作成し、周知していくことが望まれます。		

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。	b
<コメント> ○ 社会福祉事業全体の動向把握や利用者の推移や収支に関する分析などが、毎月2回開催される事業運営会議(部長・所長・課長など)で情報共有されていることがうかがえました。また、地域の福祉計画(宝塚市)の説明会にも参加され情報共有されています。 ○ 今後は、地域(宝塚市)の「第7次地域福祉推進計画」の内容を把握・分析して、利用者数・利用者像・福祉サービスのニーズ・潜在的利用者に関するデータを収集するとともに、地域での特徴や変化、経営環境の課題を把握・分析する取り組みが期待されます。		
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。	a
<コメント> ○ 毎月2回開催される事業運営会議(部長・所長・課長など)で、経営環境や実施する福祉サービスの内容など、具体的な課題や問題点を明らかにされています。また、理事会でも経営状況や改善すべき課題についても共有されていることがうかがえます。事業運営会議や理事会の内容などは、支援会議で職員にも周知されています。経営課題の解決・改善に向けて具体的な取り組みが「取り組みのまとめ(事業報告)」で確認できました。		

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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 法人の第2期行動計画（令和2年度～令和6年度）が策定され、法人の中・長期目標や重点課題が示されています。また、第2期行動計画は、経営計画推進委員会で検討や見直しが行われていることがうかがえました。 ○ 今後は、法人の行動計画（中・長期計画）について、数値目標や具体的な成果などを設定することにより、実施状況の評価を行える内容となっていることが望まれます。また、法人の第2期行動計画に沿った、事業所における「中・長期計画」の策定が期待されます。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 法人の第2期行動計画（令和2年度～令和6年度）や事業計画にもとづき、事業所の「単年度事業計画」が策定されています。また、単年度の事業計画は、実行可能な具体的な内容となっています。 ○ 今後は、単年度の事業計画は、実施状況の評価が行えるよう、数値化など、できる限り定量分析が可能であ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。	a
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 事業計画の策定は支援会議などで意見が収集され、それらを基に課題や問題点の解決に向けた計画が立てられています。事業計画の実施状況や評価が、「個人目標シート」にもとづいて、年2回（8月、1月）所長ヒヤリングが行われ、必要に応じて見直しが行われています。また、保護者会や行事後にアンケートを実施して、その集計をもとに行事や事業の見直しも行われています。事業計画は支援会議においても周知がなされて、具体的な取り組みが「取り組みのまとめ（事業報告）」で確認できました。 		
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"> ○ 事業計画や「取り組みのまとめ（事業報告）」は利用者・家族に、配布されています。また、保護者会での説明が行われており、参加できなかった保護者にも郵送などで配布されています。 ○ 今後は、利用者家族への周知については、事業計画の主な内容（行事など）を分かりやすく説明したもの（DVDなど）を作成して、利用者が理解しやすい工夫が望まれます。 		

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
<コメント> ○ 福祉サービスの質の向上に向けた取り組みとして、フロア会議や支援会議で話し合いが行われて、事例検討会議で評価がなされていることがうかがえます。 ○ 今後は、福祉サービスの質の向上について評価基準を定めて、毎年1回以上の自己評価を行うとともに、定期的（5年に1度以上）に第三者評価の受審が望まれます。		
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。	c
<コメント> ○ 年度事業計画の「取り組みのまとめ（事業報告）」などで、福祉サービスの質の向上に向けた取り組みはうかがえますが、改善策や改善計画の策定までには至っていません。今後は、今回の第三者評価結果や自己評価の仕組みによる課題について、改善計画を策定し実施状況の評価を行うとともに、必要に応じて改善計画を見直していく仕組みづくりが重要です。		

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> ○ 所長は、事業計画書などで、事業所の経営・管理に関する方針と取り組みを明確にしています。また、「事務分掌・業務・役割分担」が作成され、自らの役割や責任などを支援会議や研修時に周知がなされていることがうかがえます。 ○ 今後は、自らの役割と責任について、組織内の広報誌などに、明確に掲載されるとともに、平常時のみならず、有事（災害、事故等）における管理者の役割と責任について、不在時の権限委任などを含め明確にしていくことが望まれます。		
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> ○ 所長は、法人経理規定に定められたルールに則り利害関係者との適正な関係を保持されています。経営に関する研修には参加をされています。また、法人本部からの法令の改正について通知をもとに把握されています。 ○ 今後は、福祉分野に限らず、消費者関連法令をはじめ、雇用・労働や防災、施設周辺環境などについての法令を把握するなどして、職員全員に遵守すべき法令について、年1回以上の研修や説明が行われることが望まれます。		

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、その取組に指導力を発揮している。	b
<コメント> ○ 所長は、福祉サービスの質の現状や課題について、毎月2回開催されるフロア会議や支援会議などで、実施状況を把握して改善に向けて指導力を発揮されています。また、福祉サービスの質の向上について、所内研修や所外研修などで職員の教育・研修の充実を図っています。 ○ 今後は、福祉サービスの質の向上について評価基準を定めて、毎年自己評価を継続的に行い、評価・分析をするとともに、所長自らも年1回以上の自己評価を行うことが望まれます。		
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。	a
<コメント> ○ 所長は、経営の改善や業務の実効性について、毎月、資金収支内訳表や月次推移表を把握し、人事、労務、財務などを踏まえ、分析を行っています。毎月2回の事業運営会議でも人員配置に関する内容や稼働率などの確認・検討が行われて、働きやすい環境整備に取り組まれていることがうかがえます。また、毎月2回の支援会議では業務についての情報共有から、課題があれば具体的な指示や指導も行われています。		

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。	b
<コメント> ○ 必要な福祉人材の確保・定着などに関する基本的な考え方は、法人や事業所の事業計画に示されています。また、正規職員の採用・育成・人事管理は法人で一元化されています。法人で専門部署が設けられており、専門学校での募集や、就職説明会を実施するなど、法人として効果的な採用活動に取り組まれています。 ○ 今後は、採用や人事管理については、法人で一元化されている場合でも、事業所に関する必要な福祉人材の具体的計画(専門職・有資格職員配置など人事プラン)の策定にもとづき、法人と一体的に行われることが期待されます。		
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> ○ 「期待する職員像等」としては、法人理念や行動規範(職員としての専門性)として位置づけられています。令和3年度よりトータル人事システム(人事評価制度)が実施され、人事基準などの周知が図られています。なお、トータル人事システムは、職員のスキルに合わせて実施され「育成・評価・処遇」が連動して、意欲・能力を十分に発揮できる職場づくりや将来像が描ける総合的なシステムとなっています。		

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
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"> ○ 労務管理は、所長が中心となって職員の就業状況や意向把握などの責任体制が明確化されています。また、年1回のストレスチェックや年2回の所長ヒヤリング時に相談対応がされています。市の共済を利用し福利厚生や育児・介護休業など働きやすい、ワーク・ライフ・バランスにも配慮されています。 ○ 今後は、組織の魅力を高める取り組みや働きやすい職場づくりに、次世代育成支援対策推進法にもとづく事業主行動計画の策定など制度として確立していることが期待されます。 		
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。	a
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 「期待する職員像等」は、法人理念や行動規範（職員としての専門性）として位置づけられています。令和3年度よりトータル人事システム（人事評価制度）にもとづく「個人目標管理」が制度として具体的に取り組まれています。職員一人ひとりの目標項目、目標水準、目標期限を明確にされた「個人目標シート」により、半年に一度の進捗状況の確認面接や年度末の目標達成の確認面接も予定されています。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 「期待する職員像等」は、法人理念や行動規範（職員としての専門性）として位置づけられています。法人研修体系では「基礎研修・実践研修・実務研修・運営研修・フォローアップ研修」などが、職員のスキルに合わせて実施されています。 ○ 今後は、年1回以上、個々の教育・研修成果を振り返り、評価を行うとともに、分析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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 職員一人ひとりの知識、技術水準、専門資格の取得状況などが、「職員資格取得一覧」で把握されています。新任職員についてはOJT(職務を通じた研修)が実施されています。また、法人研修体系により「基礎研修・実践研修・実務研修・運営研修・フォローアップ研修」などが、職員のスキルに合わせて実施されています。外部研修に関する情報提供が随時行われ、参加しやすい配慮が行われています。 		
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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 法人事業計画に実習生の受け入れについて明示されています。また、コロナ禍で、保育実習2名、権利擁護支援者養成講座実習4名、特別支援学校実習1名などの受け入れがなされています。 ○ 今後は、受け入れマニュアルやプログラムの策定など体制を整備され、効果的な研修・育成が行われることが期待されます。 		

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> ○ 法人のホームページなどの活用により、法人理念や福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、決算書関係や第三者評価の結果などが公表されています。また、利用者や家族に向けて広報誌「くるみの里だより」が発行され、また、地域に向けて「法人広報誌」が年2回発行され配布されています。 ○ 今後は、運営の透明性を確保するための取り組みとして、法人のホームページなどに第三者評価の受審結果と併せて、改善・対応や苦情や相談内容に関する状況などの情報公表を積極的に行う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。	b
<コメント> ○ 法人経理規定などにより、取引などに関するルールが明確に定められ、「事務分掌・業務・役割分担」において、職員などに周知されています。また、必要に応じて外部の専門家（公認会計士・社会保険労務士など）に相談や助言を得ており、定期的に監事による内部監査が行われています。外部監査については、法人内の入所施設がチェックを受け、監査結果は、本部に保管されており、事業所での外部監査には至っていません。 ○ 今後は、法人として、事業、財務に関する外部の専門家による外部監査等の結果について、各事業所にも共有され、事業所運営に活用していく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
<コメント> ○ 地域との関わり方についての基本的な考え方などは法人理念に明文化され、買い物や通院などの個別支援の事例がうかがえました。現在は、コロナ禍の影響もあり地域との交流は自粛されています。 ○ 今後は、利用者と地域の人々との交流は、地域と事業所の相互交流を促進するという意味からも、事業所が地域社会の一員としての社会的役割を果たすとともに、利用者の地域での活動参加や交流機会などの取り組みが望まれます。		
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
<コメント> ○ 地域の学校教育への協力は、法人事業計画の中で明示されています。実習生などの受け入れはありますが、現在はボランティアなどの受け入れは自粛されています。 ○ 今後は、ボランティア活動は、地域社会と事業所をつなぐ柱の一つとして位置づけ、ボランティア受入れに関する基本姿勢を明文化して、受け入れ体制の整備が望まれます。		

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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 相談支援事業所と情報の共有化や宝塚市障害者懇談会とは毎月1回連携会議が行われネットワークの構築に向けて取り組まれています。また、相談支援や日中一時支援などの取り組みも行われています。 ○ 今後は、利用者の状況に対応できる社会資源リストや資料を作成して、職員間でも共有が図られることが望まれます。 		
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"> ○ コロナ禍以前は事業所のスペースを活用して、地域自治会の会議室として提供されています。また、今年の春、河川敷の広い公園で、近隣の保育園や高齢者施設の方々と花見をする機会があり、地域との交流の機会となっています。現在は、コロナ禍の影響で地域との交流機会や災害時の地域連携については自粛されています。 ○ 今後は、事業所が有する機能（専門性や特性など）を活かした相談支援事業や多目的スペースなどを地域に開放・提供するなど様々な取り組みで地域貢献が望まれます。 		
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"> ○ コロナ禍の影響で地域の福祉ニーズの把握や公益的な事業、貢献事業はできていません。今後は、事業所として社会福祉に関する知識や専門性を活かして、地域の具体的な福祉ニーズを把握して、把握したニーズにもとづいて、具体的に地域生活に関するサービスの事業を展開していくことが求められます。 		

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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 理念・基本法人が事業所内に掲示され、いつでも職員が確認できるよう日々の意識付けが行われています。また、法人の取り組みとして「障害者虐待防止チェックリスト」を活用した評価とともに、評価結果に基づいた事例検討が定期的に行われています。 ○ 今後は、利用者を尊重する基本姿勢が明示された標準的な実施方法を作成していくことが望まれます。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者のプライバシーの確保に向けてロッカールームやスヌーズレン（光や音など感覚刺激空間を用いて、余暇やリラクゼーションを行う部屋）などを活用し、利用者一人ひとりの居場所の確保と環境整備が行われています。 ○ 今後は、現在の取り組みを行っている考え方や不適切な事案が発生した場合の対応方法を含めたマニュアルを整備するとともに、職員に対する周知が望まれます。 		
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。		
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"> ○ 「さざんか通信」(法人機関紙)が定期的に発行され、ホームページへの掲載をはじめ、社会福祉協議会や行政窓口への設置が行われています。また、見学の対応については見学者対応ファイルから丁寧な説明が行われている事がうかがえました。 ○ 今後は、利用を希望する利用者に対する情報提供を定期的に更新していく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において、イラストや文字の大きさを工夫した、説明資料を用いて説明が行われている事がうかがえました。 ○ 今後は、意思決定が困難な利用者への配慮や対応について、ルール化していくことが望まれます。 		

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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 福祉サービスの変更にあたっては、変更される予定の事業所への見学に同席したり、事業所への情報提供が行われ、利用者が受けるサービスの継続性に配慮した対応が行われています。 ○ 今後は、福祉サービスが終了した際の相談窓口の設置や担当者が明記された書面を提供していくことが望まれます。 		
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"> ○ 定期的な個別懇談が行われ、利用者の思いを聞き取る取り組みのほか、家族会へ職員が同席し、サービスに関する意見を聞き取っていることがうかがえました。 ○ 今後は、サービスに対する満足度を調査していくことやその結果に基づいて検討や分析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立されている。		
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"> ○ 苦情解決体制が重要事項説明書に明記され、苦情に関する記録の整備と苦情に対するフィードバックについても、利用者や家族に行われています。また、苦情内容及び解決結果などは、「保護者会」で説明し、「保護者会便り」で公表されています。 ○ 今後は、苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した書面を掲示され、利用者・家族などに配布するとともに、また、事業所として苦情解決の取り組みを利用者保護の視点と同時に、福祉サービスの質の向上の一環として捉え、積極的な取り組みが望まれます。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 重要事項説明書に苦情や相談の専用窓口について記載はありますが、掲示には至っていません。また、相談や意見を述べやすいスペースとして、相談室などプライバシー配慮の環境は整備されています。 ○ 今後は、利用者の相談や意見を述べたりする場合の手順や選択方法について、わかりやすく説明した文書やフローチャートなどを作成し、配布や掲示が望まれます。 		
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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 「苦情対応マニュアル」が整備され意見箱を玄関に設置されています。活動などの予定に対してするアンケートが実施されています。また、相談内容により、関係機関へ連絡するとともに利用者や家族に対するフィードバックが行われています。 ○ 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、対応策の検討などについて定めた「相談・意見対応マニュアルなど」を整備し、定期的な見直しも望まれます。 		

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。	b
<コメント> ○ 法人として「検証・改善委員会（リスクマネジメント）」が設置され「危機管理マニュアル」が整備されています。事故発生時の対応やヒヤリハット（事例収集）の対応は、「事故報告書」により、定期的に「検証・改善委員会」で発生要因の分析や対策が検討されています。 ○ 今後は、法人として「検証・改善委員会（リスクマネジメント）」が整備されていますが、収集した事例をもとに、事業所においても職員の参画のもとで発生要因を分析し、改善策・再発防止策を検討・実施するなど、研修の機会としての取り組みが期待されます。		
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
<コメント> ○ 感染症対策の管理体制として「感染予防担当者」が設置されています。予防と発生時の対応について「感染症対策マニュアル」や「危機管理マニュアル」が整備されて、職員にも周知がなされ「新型コロナウイルス感染症対策」も実施されています。また、医務室の整備を行い感染者発生時の対応エリアの確保も行っています。 ○ 今後は、新型コロナウイルス感染症対策などは、行政の通知にもとづき対応されて随時更新がされていますが、「感染症対策マニュアルなど」を定期的に見直して、勉強の機会を設けていくことが望まれます。		
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している。	b
<コメント> ○ 災害時の対応体制は、「危機管理マニュアル」が整備されて取り組まれています。立地条件などから「洪水時の避難確保計画」が策定されています。また、BCP（事業継続計画）の策定もされています。利用者及び職員の安否確認の方法が決められ、職員に周知されています。管理栄養士が食料や備品などの備蓄リストを作成し管理されています。 ○ 今後は、福祉サービスを継続するために、地域との協力体制や他事業所との連携を講じることも期待されます。		

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。	c
<コメント> ○ 法人全体の取り組みとして、サービス提供会議が定期的に行われ、個別支援計画の作成手順やアセスメント手法の構築はうかがえましたが、支援の標準化を目的としたマニュアルには至っていません。今後は、利用者を尊重する姿勢を踏まえた、支援に関する標準的な実施方法の作成が求められます。		

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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 支援に関する標準的な実施方法（マニュアル）の整備は確認できませんでした。今後は、支援の標準化を目的としたマニュアルの整備とともに、定期的なマニュアルの検証と見直すための仕組みの構築が求められます。 		
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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ サービス管理責任者を中心に責任者の設置とともに、法人で定められたアセスメント手法に基づき、利用者や家族、看護師や作業療法士をはじめとする専門職の意見が反映された個別支援計画が作成されています。 ○ 今後は、利用者に対する同意を踏まえた個別支援計画の作成手順を明確にしていくことが望まれます。 		
43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ サービス管理責任者を中心に個別支援計画の作成が行われており、計画に対する評価を通じて、新たな課題の把握とともに、個別支援計画が随時見直しされています。 ○ 今後は、個別支援計画を緊急に変更する場合の手順をはじめ、事業所での検討会議の位置づけや同意を得るための手順までの流れを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。	a
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 法人で統一された様式および事業所内のネットワークシステムを活用して記録の共有と利用者個々に応じた記録が作成されています。また、職員に記録の重要性を周知するとともに記録の方法を学ぶ機会を設けることや記録の内容に差異が生じないように指導されています。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 法人の個人情報保護規程や文書の保管期間などが定められ、利用者の個人情報を取り扱う事の重要性について周知が図られています。 ○ 今後は、個人情報の不適正な利用や漏えいが起こった場合の対応方法を明確にしていくとともに定期的に研修の機会を提供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

- 法人理念に基づいて、利用者の思いを大切に、その思いの実現に向けて、気持ちや思いを絵カードで表現してもらったり、好きなキャラクターを掲示することにより利用者自らの思いを表出できるような工夫がうかがえました。
- 利用者の権利を擁護する取り組みとして、定期的な職員研修や検討会が実施されているとともに、身体拘束についても定期的な会議を開催し、実施する場合の記録の方法を指導したり、学ぶ機会が確保されています。
- 今後は、利用者の権利意識の向上に向けた情報提供や生活に関わるルールを利用者同士で考える機会を設けるとともに、利用者の意思決定を支援するための工夫が望まれます。

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。	a
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
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。	a
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
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

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
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

<ul style="list-style-type: none"> ○ 食事や更衣、排泄などの生活行為について見守り支援を基本とし、利用者が自ら決め、自ら行えるよう利用者の力を発揮するための支援が行われています。 ○ コミュニケーション障害や視覚障害など多様な障害に対して、絵カードや点字、気持ちを表出するためのカードを用いるなど、利用者の持てる力を使いながら意思表示やコミュニケーションを図るための工夫が行われています。 ○ 個別支援計画に基づいた多様なプログラムがホワイトボードに示され、利用者自らがその日のプログラムの確認と職員との会話を通じて、利用者の出来ること増やしたり、動機づけが図られています。 ○ 事業所内の環境においても、障害特性に応じた利用者の動線の確保や備品の配置とともに後片付けの整理整頓のほか、設備に関する説明の掲示など利用者が使いやすく、理解しやすくなるよう工夫がうかがえました。 ○ 利用者の障害特性に合わせた専門知識の習得に向けて、法人内研修や外部研修への参加が勧められ、利用者の障害特性や個別性に配慮した支援が行われています。また、作業療法士などのリハビリの専門職の意見を取り入れながら活動に対する計画・実行・評価・見直しが行われています。 ○ 管理者や常駐看護師を中心に身体状況・服薬状況などの細かな情報を把握しています。また、排泄時など、担当する職員が利用者の健康状態の変化に気付くよう排尿の色を分かりやすく掲示することにより、看護師にいつでも指示を仰げるよう情報共有が行われています。 ○ 今後は、地域性に配慮した文化的な側面や余暇の使い方など、事業所の強みである地域とのつながりをさらに深める取り組みが期待されます。

A-3 発達支援

		第三者評価結果
A-3-(1) 発達支援		
A⑯	A-3-(1)-① 子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。	非

特記事項

--

A-4 就労支援

		第三者評価結果
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。	非
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。	非
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。	非

特記事項

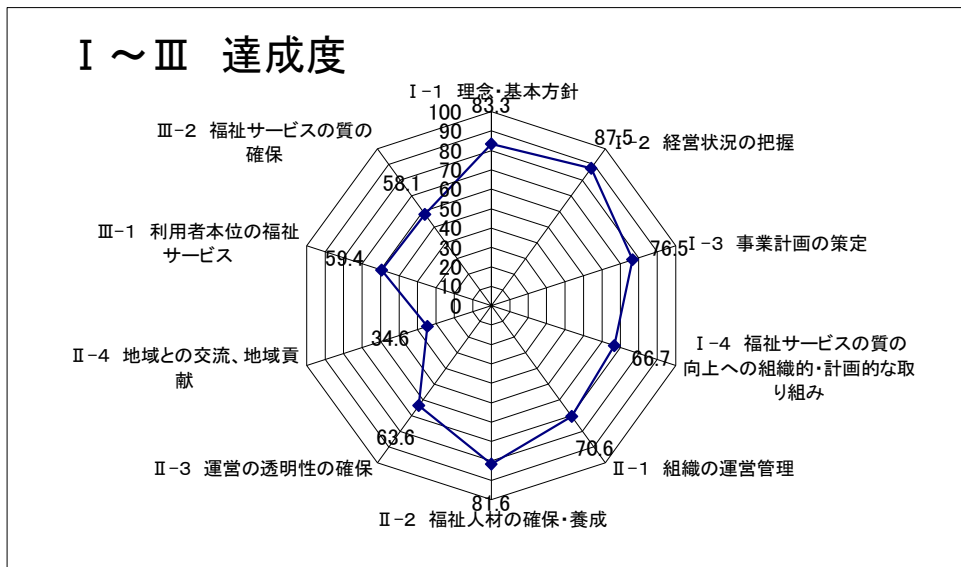
<p>○ 生活介護事業所でありながら、「空き缶プレス」の活動を通して利用者の働く力を引き出し、わずかながら工賃を支給することで利用者の働く意欲を引き出そうと取り組まれています。また、活動を通じて地域の住民より材料協力を得られるようつながりが持てている事も強みとなっています。今後も、さらに安定的な企業への納品が行われることが期待できます。</p>

(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	7	87.5
I-3 事業計画の策定	17	13	76.5
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	6	66.7
II-1 組織の運営管理	17	12	70.6
II-2 福祉人材の確保・養成	38	31	81.6
II-3 運営の透明性の確保	11	7	63.6
II-4 地域との交流、地域貢献	26	9	34.6
III-1 利用者本位の福祉サービス	64	38	59.4
III-2 福祉サービスの質の確保	31	18	58.1
	227	146	64.3



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	5	83.3
1-(2) 権利侵害の防止等	6	4	66.7
2-(1) 支援の基本	26	22	84.6
2-(2) 日常的な生活支援	5	4	80.0
2-(3) 生活環境	5	5	100.0
2-(4) 機能訓練・生活訓練	5	5	100.0
2-(5) 健康管理・医療的な支援	11	11	100.0
2-(6) 社会参加、学習支援	4	3	75.0
2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援	5	4	80.0
2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援	6	5	83.3
	79	68	86.1
	306	214	69.9

A 達成度

