

兵庫県福祉サービス第三者評価
評価結果報告書

施設名：真生園

(生活介護事業・施設入所支援)

評価実施期間 2017年7月11日～2017年12月31日

実地(訪問)調査日 2017年9月8日

2018年1月18日

特定非営利活動法人

播磨地域福祉サービス第三者評価機構

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 播磨地域福祉サービス第三者評価機構

②施設・事業所情報

名称：真 生 園	種別：生活介護 施設入所支援			
代表者氏名：太 田 敦 子	定員（利用人数）：	80（80）	名	
所在地：〒669-5252 兵庫県朝来市和田山町竹田 1958				
TEL：079-674-0131	ホームページ： http://www.kobeseirei.or.jp/			
【施設・事業所の概要】				
開設年月日：昭和53年 5月 10日				
経営法人・設置主体（法人名）：社会福祉法人 神戸聖隷福祉事業団				
職員数	常勤職員：	33 名	非常勤職員：	7 名
専門職員 ※（ ）はうち非常勤職員を指す	管理者	1名	医師	1名（1）
	支援員	36名（7）		
	サービス管理責任者	2名		
	看護師	4名		
施設・設備の 概要	個室(1人部屋)		(本館) 4室	
	個室(1人部屋)		(新館) 10室	
	2人部屋		6室	
	4人部屋		10室	
	食堂		2室	
	浴室		2室	

③理念・基本方針

【神戸聖隷福祉事業団 基本理念】

私たちは、キリスト教精神に基づき、聖書に示された愛と奉仕の実践を通じて、社会福祉の向上に貢献します。

私たちが大切にすること（行動規範）

1. 私たちは、聖なる神に仕えるように、援助を必要とする一人ひとりに仕えます。
2. 私たちは、利用者の人権を尊重し、一人ひとりの生命（いのち）をかけがえのないものとして守ります。
3. 私たちは、利用者が生涯を通して全人的（身体的、精神的、霊的、社会的）存在として生かされるように、支援者としての役割を担います。
4. 私たちは、グローバル（全世界的）な視点に立ち、隣人として地域社会、国際社会の人々との交流を深め、幸せな社会福祉の実現に努めます。

【真生園基本方針】

1. 安全で安心できる快適な生活の場や活動の場となる為の充実したサービスを提供します。
2. 互いに交わす挨拶に笑顔を添え、同じ目線に立ち温かいまなざしと優しさで支援します。
3. 利用者一人ひとりの個性や人権を尊重し、誠意をもって支援します。
4. 地域に愛され、地域と共に歩む施設を目指します。

④施設・事業所の特徴的な取組

1. 介護を必要とする重度身体障害者の日常生活全般の支援を提供します
2. 障害程度に応じた支援の提供を行います
3. 最重度身体障害者の意思が置き去りにならない様な支援の提供に努めています。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 29年 7月 11日（契約日）～ 平成 29年 12月 31日（評価結果確定日）
受審回数 （前回の受審時期）	2回（平成 25年度）

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、個別の状況に応じた支援につながっています。**

現在、法人事務局において、新たな時代に向けた体制や仕組みの構築に向けて検討が進められていることが、随所にかがえます。また、施設長をはじめ、行政関連の協議会や関係施設団体等と連携することにより、地域の動向を含め、社会福祉事業全体の動向を把握し、利用者支援に役立てています。

- **利用者の意見や要望を聞く機会を設け、利用者の意思を尊重する支援が行われています。**

利用者主体の自治会、役員会、真和会があり、月1回、全利用者がホールに集まって懇談会を開催されています。また、「なんでも相談」を通じて個別の意向を聞き取り、運営会議に諮るなど、できるだけ個人の意向を施設全体で検討する取り組みをされています。

- **個別支援計画をもと、幅広い利用者の特性に応じた支援を組み立てています。**

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・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、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。特に健康管理については、併設された診療所の医師との連携のもと、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。

◇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や記録の見直し等、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、多様な業務についての評価から見直しに至るまでの手順を明確にすることによって、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上昇、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

自己評価、調査を通して、何が出来ていて改善すべき点があるのかなど、多くの気づきと課題が明確になりました。更に評価結果説明では、サービスを提供する仕組みや利用者支援に関する体系的なマニュアルの整備など改善を要する点を確認でき、確実に取組みサービスの質の向上を図り、利用者満足に反映できるようにしていきたいと思っております。

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。

(別紙)

第三者評価結果

※すべての評価細目について、判断基準（a・b・cの3段階）に基づいた評価結果を表示する。

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

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。	a・ ① ・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 「キリスト教精神」を基本とした法人理念をもとに、福祉職員としての行動規範と施設の4つの具体的な方針を文章化し、ホームページ、パンフレットに記載し、公開されています。また、日常的に朝礼にて法人理念を唱和し、基本理念が書かれた手帳を携帯するなど、継続的に周知する取り組みが行われています。 ○ 今後は、利用者や家族に対して、理念や方針が理解しやすいように、更なる工夫や配慮がなされ、利用者や家族への周知が図られることを期待します。 		

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。	② ・b・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 社会福祉法人経営者協議会やWAMネットなどが発信する情報の把握に努め、また、朝来市地域福祉計画・朝来市社会福祉協議会福祉推進計画などの会議に出席し、地域のニーズを把握し、事業を取り巻く状況や地域の状況を把握していることがうかがえます。また、経営状況については、毎月法人に提出する月次報告書により利用率の分析や経費の推移が示され、検討がなされています。 ○ 今後は、地域での特徴・変化等の経営環境や課題を、事業計画に文章化することで、より明確にしていくことが期待されます。 		
③	Ⅰ-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	③ ・b・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 施設における経営状況や課題については、月次報告書に明記され、毎月の法人の会議で報告しながら改善が図られています。また、職員一人一人の経営者意識が育つよう、月次報告書の内容を職員会議で共有していることがうかがえました。 ○ 今後は、改善計画を立案・実施するに至るまでのプロセスを職員と共有していくことが期待されます。 		

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。	㉓・b・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 法人において第3期中期計画（2017年～2022年）が策定され、それに基づいた事業所の年度事業計画が策定されています。また、毎月職員会議において、テーマ毎に決められた担当者が報告し、計画の進捗状況を含めた見直しが行われています。 ○ 今後は、中・長期計画の具体的な成果等を明確にしていくことが期待されます。 		
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。	㉓・b・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 法人で策定された事業計画の内容に基づいて、事業所の単年度事業計画が策定され、重点目標に沿った事業内容がまとめられています。 ○ 今後は、事業計画の重点目標に沿った実施状況の評価を明確にしていくことが望まれます。 		
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・㉓・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 単年度事業計画は、職員参画のもとで作成され、会議等において実施状況を示し、周知が行われています。 ○ 今後は、事業計画の評価・見直しについて、手順などプロセスを明確化し、組織的に行われるよう仕組みを整備することが望まれます。 		
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。	a・㉓・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 年度初めに行われる家族会において、事業計画について説明されるとともに、利用者に対しては、具体的な年間行事計画やグループ活動内容などについて説明していることがうかがえます。 ○ しかし、利用者への周知やわかりやすい工夫についての具体的な取組については、確認できませんでした。事業計画の利用者等への周知については今後の課題です。 		

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。	a・㉓・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 福祉サービスの質の向上に向けた取組について、各委員会活動等を通じて、職員の意見に基づいて検討が行われています。 ○ 今後は、毎年、サービスについて自己評価を実施され、組織として評価結果にもとづいたサービス改善が着実に実行される体制を構築されることが必要です。 		
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。	a・b・㉓

<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 法人内での代表施設長会議を開催し、各事業所の課題解決について、定期的に協議し、サービス改善が図られています。 ○ 今後は、評価結果から導き出された組織として取り組むべき課題について、職員間で共有を図り、職員参画のもとで改善策や改善計画を策定、見直す仕組みを確立していくことが望まれます。 	
--	--

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
<p>Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。</p>		
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。	a・ b ・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 管理者は、各会議や機関誌にて自らの役割と責任として方針を表明し、職務分掌表において管理者の役割と責任を明確にされています。 ○ 今後は、有事（災害、事故等）に対応できるよう、連絡方法や権限委任について、さらに明確にされることが望まれます。 		
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。	a・ b ・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 法人事業所の果たすべき使命など、法令遵守の観点での経営に関する研修や勉強会に参加され、遵守すべき法令等を正しく理解するよう努められていることがうかがえます。 ○ 今後は、社会福祉関係法令に限らず、施設運営に必要な法令遵守について整理され、職員等に周知にしていくことが重要です。 		
<p>Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。</p>		
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。	a・b・ c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 福祉サービスの取組については支援課長が担当しており、管理者は、各委員会の報告を通じてサービスの質について状況を把握されていることがうかがえますが、具体的な取組は確認できませんでした。 ○ 今後は、管理者として、サービスの質についての評価分析を明確にし、サービスの質の向上を図る過程を明確にしていくことが必要です。 		
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 ・b・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 経営状況について、月次報告書に明記され、毎月の法人の会議で報告しながら改善が図られています。また、職場環境改善については、法人内で衛生委員会を設置し、定期的に協議が行われています。 ○ 今後は、経営の改善や業務の実効性を高めるために組織内に具体的な体制を明確にしていくことが期待されます。 		

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・ ① ・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 法人による「人材育成プラン」を通じて、人材の確保、育成に関する方針が定められています。また、インターネットによる求人媒体の活用や施設独自のエルダー制度（先輩による職員教育）を用いて、福祉人材確保の積極的な取組が実施されています。 ○ しかし、現時点では人事計画が明確とはいえません。今後は、必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画を確立し、その計画に基づいた取組が実施される仕組みの整備が重要です。 		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・ ② ・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 人事管理に関しては、法人において、一元化されており、各規定により人事基準を全職員に周知し、キャリアパスで期待する職員像を明示し、人事考課によって透明性のある人事管理に努めています。 ○ しかし、職員処遇の水準に関する評価については、具体的なものは明確ではなく、総合的な仕組みにはなっていません。今後は、人事に関する取組が連動され、総合的な人事管理の仕組みを構築していくことが期待されます。 		
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組んでいる。	a・ ① ・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 管理者が中心となって総務部門と連携しながら労務管理がなされています。また、衛生委員会において、日常においても職員の就業状況の把握に努め、産業医を中心として健康管理及び悩み相談をしやすいような配慮に努められています。 ○ 今後は、休暇取得の促進、短時間労働の導入等、働きやすい職場づくりを目指し、さらに施設の特長性に配慮した人材確保と定着の取組に期待します。 		
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・ ① ・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 法人キャリアパスおよび人事考課制度が確立され、それに基づいて職員一人一人が目標をもって取組む姿勢が明確になっています。 ○ 新たな取組のため、目標管理の評価を実施するには至っていません。今後は、法人の制度に基づいて、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期待されます。 		

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・ (b) ・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 法人の研修計画に従って各層ごとの研修が実施されています。また、キャリアパスフレームにおいて期待される職員像を明示し、必要とされる技術や資格は明確にされています。 ○ しかし、研修計画の評価・見直しや研修内容・カリキュラムの評価・見直しを定期的に行うには至っていません。今後は、研修計画に基づいた研修が確実に実施される仕組みを確立され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・ (b) ・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 職員一人ひとりの技術水準、資格の取得状況の把握に努められ、職員に対して情報提供し、外部研修に多くの職員が参加できる体制が整備されています。また、施設内にエルダー制を導入し、OJT（日常業務に基づいた研修）が実施されています。 ○ 今後は、職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保され、人事考課と連動した教育・研修が行われる仕組みの確立が期待されます。 		
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。	a・b・ (c)
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 教員取得のための実習生の受け入れはありますが、実習生受け入れマニュアルの整備等、実習生の受け入れ体制は明確ではありません。 ○ 今後は、受け入れ体制を整備し、社会福祉士や介護福祉士等の福祉専門職養成のため、実習生受け入れについて積極的に取り組まれることが望まれます。 		

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。	a・ (b) ・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ホームページ等の活用により、福祉サービスの内容や第三者評価の結果等が公表されています。また、神戸聖隷歴史資料館を設置し、施設の活動等について周知しています。 ○ 今後は、施設運営の透明性を確保するための取組として、地域にむけて活動を説明したり、苦情や相談内容を公表するなど、情報公開をより積極的に行うことが望まれます。 		
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・ (b) ・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 法人の規定や事務分掌表により、運営に関するルールを明確にするとともに、定期的に経営顧問先による専門的な内部チェックが行われています。また法人では、監査法人による外部監査が実施され、運営の透明性を確保しています。 ○ 今後は、運営に関する規定や実施した監査結果に基づく改善について、職員に周知を図ることで、より明確にしていくことが望まれます。 		

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。	a・b・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 施設の基本方針の中に地域社会との交流について明示し、サークル活動(習字・3B体操・絵画・音楽療法等)や外出・朗読ボランティア、音楽活動等を通じ、地域の人との交流が積極的に行われています。 ○ 今後は、定型的でなく個々の利用者のニーズに応じて、地域資源の活用を積極的に図られることが期待されます。 		
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。	a・b・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 社協の地域ボランティア(ワイワイドリームネットワーク買い物外出ボランティア)の受け入れや地域の小・中学校の体験ボランティア等、学校教育への協力が行われています。 ○ 今後は、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、体制を確立することが重要です。 		
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・b・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 現在、南但自立支援協議会へ参加し、地域ニーズ調査を行い、利用者の利用できる社会資源の明示に取り組んでいます。 ○ 今後は、利用者の状況に対応できる社会資源について、職員間で共有が図られるとともに、関係機関の共通の問題に対して具体的な取組を通じ、地域でのネットワーク化に努めていくことが望まれます。 		
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。	a・b・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 但馬地区の取り組みとして施設が協力し、手話講習会の開催や福祉相談窓口を設置するとともに、朝来市の福祉避難所として、施設が有する機能を地域に還元しています。 ○ 今後は、法人の地域貢献の一環として、専門性を活かした支援や地域の活性化に向けて、計画的な取組を期待します。 		
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。	a・b・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 施設窓口に福祉無料相談を設置するとともに、民生・児童委員、ハローワーク、育成会、司法書士などとの懇談を通じて、地域の福祉ニーズの把握に努められています。 ○ 今後は、地域の福祉ニーズに基づく多様な公益的の事業・活動を計画的に実施する仕組みの整備が求められます。 		

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・ ② ・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者を尊重したサービス提供について、法人の基本理念において行動規範が示され、具体的には、「利用者支援の手引き」や各種マニュアルによって、職員への周知が図られています。また、家族会との合同研修をはじめ、利用者の権利に関する研修が実施されています。 ○ 今後は、利用者の尊重や基本的人権への配慮について、施設において研修や勉強会を行うことで、利用者の権利を高める取組について明確に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。	a・ ② ・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ プライバシー保護マニュアル、虐待防止規定を整備し、委員会活動や研修にて職員への周知が図られています。また、現在、利用者のプライバシー保護のため環境整備について検討が進められていることがうかがえました。 ○ 今後は、不適切な事案が発生した場合の対応方法や利用者への周知など、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。	③ ・b・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ホームページや事業所パンフレット、機関誌を作成し、公共施設等の多くの人が入手できる場所に設置するなど、選択に必要な情報提供を行っています。また、入所希望の利用者や保護者に対し、見学や体験利用などを通して丁寧な説明が行われていることがうかがえます。 ○ 今後は、適宜、提供する情報を検討することによって、さらにわかりやすい利用者の特性に応じた情報提供を期待します。 		
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・ ② ・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ サービスの内容については、利用者本人の同席のもと、出来るだけ本人の同意が得られるよう、障害の特性に配慮しながら丁寧に説明されていることがうかがえます。 ○ 今後は、意思決定が困難な利用者への配慮についてルール化され、更にわかりやすい説明、工夫が図られることが望まれます。 		

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。	a・ ③ ・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 退所する利用者等、福祉サービスの変更については、担当者が窓口となって、説明や引き継ぎを行い、福祉無料相談窓口を設置することで、移行後についても相談できる体制を整備していることがうかがえます。 ○ 今後は、引き継ぎやアフタフォローについて文章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明確にしていくことが望めます。 		
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。	a・ ③ ・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者との「なんでも相談」や懇談会での施設サービス改善するための利用者からの意見や要望を吸い上げ、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めます。 		
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・ ③ ・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 毎月、苦情解決委員会を開催し、年3回、第三者委員との会議を行うとともに、利用者との「なんでも相談」を実施することで、苦情発生時に気楽に相談できる下地を作るようにこころがけています。 ○ 現在は、大きな苦情はあがっていませんが、さらに、利用者の意見を取り入れる仕組みを明確にしていくことが望めます。 		
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。	a・ ③ ・c
<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、「なんでも相談」や利用者自治会を通して、ホールや静養室等の別室等を活用し、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めます。 		
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。	a・ ③ ・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 意見箱の設置や「なんでも相談」、担当職員による随時の相談受付など、利用者との話し合いの機会を多く設置し、利用者が相談しやすく意見を述べやすいように丁寧な声掛けが行われています。 ○ 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。	a・ ③ ・c
<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、リスクマネジメント委員会が毎月開催され、各リスク別の緊急対応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、安全確保策の実施状況や実効性について、定期的に評価・見直しの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。	a・ ③ ・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 感染予防対策委員会が中心となって、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。	a・ ③ ・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 消防計画や防災マニュアルを整備するとともに、地域と連携して消防・防災訓練が行われています。また、備蓄として飲料水、食品を備え、市と災害協定を結び、福祉避難所に指定されています。災害時の迅速で確実な安否確認方法として、各部屋の前に「確認済み」「未確認」の札を設置されています。 ○ 今後は、災害時に向けて、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。	a・ ③ ・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 「支援のてびき」や各種マニュアル集にて標準的なサービスの実施方法が定められ、いつでも見られるよう職員室に配備されていますが、十分な活用には至っておらず、現在、随時、検証や見直しが行われています。 ○ 今後は、今回の見直しを通して、サービスの標準化がなされ、スタンダードな支援の確立していくことが期待されます。 		

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。	a・ ① ・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 標準的なサービスの実施について、4月にサービス内容が大きく変わるものについては見直しがおこなわれていますが、決まった手順や仕組みがなく、現在も随時、検証や見直しが行われています。 ○ 今回の見直しを通して、サービスの標準的な実施方法について、定期的に検証し、見直しに行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。	a・ ① ・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 担当支援員が中心となって、一定の書式によりアセスメントが実施され、項目ごとに本人・家族の希望、支援者側から捉えた支援課題を掲げ、看護師や栄養士など専門職を交えた担当者会議を通じて、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、ケアマネジメントサイクルを示した手順を明確にするとともに、利用者に分かりやすく説明する観点から、書式の整理やファイルを個別化するなど、支援内容を明確にしていくことが期待されます。 		
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。	a・ ① ・c
<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、「月のまとめ」として、利用者さんの現状や変化を把握し、6か月に一度、利用者や家族に状況を聞き取り、見直しが行われています。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、速やかに対応を行っています。 ○ 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、個別支援計画をサービスの質の改善に反映していくことが期待されます。 		
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・ ① ・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 記録ソフトやタブレットを導入し、利用者一人ひとりの状況が詳細に記録され、「連絡簿」やメールなどコンピュータネットワークを活用して、情報の共有が行われています。 ○ 今後は、記録要領の作成や研修の実施によって、記録情報の流れや情報の分別など、組織として体系立てた仕組みについて、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。	a・ ① ・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 法人による文書管理規定をはじめ、各種規定により、個人情報の扱いについて明記されており、家族には契約等の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。	a・ ⓑ ・c
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・ ⓑ ・c

特記事項

- 利用者主体の自治会、役員会、真和会があり、月1回、全利用者がホールに集まって懇談会を開催されています。また、「なんでも相談」を通じて個別の意向を聞き取り、運営会議に諮るなど、できるだけ個人の意向を施設全体で検討する取り組みをされています。
- 人権侵害については、虐待防止委員会を設置するとともに、虐待防止や身体拘束に関する規定を定め、職員会議等に周知が行われています。
- 今後は、利用者の意向や権利擁護に基づく取組を整理し文章化することで、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。	a・ ⓑ ・c
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・ ⓑ ・c
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・ ⓑ ・c
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・ ⓑ ・c
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・ ⓑ ・c
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・c
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・ ⓑ ・c
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・c
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・ ⓑ ・c

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・b・c
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・b・c
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・b・c
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・b・c

特記事項

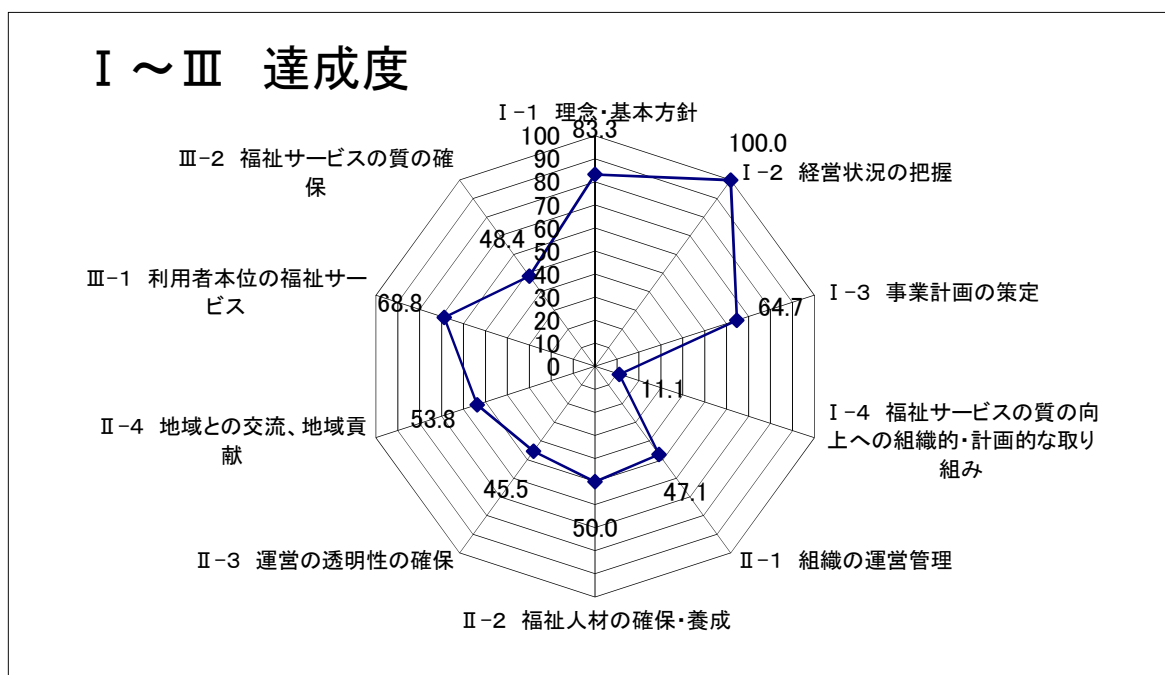
- 毎月定期的に「なんでも相談」を開催され、個別で利用者の悩みや苦情を聞く体制を整備されるとともに、コミュニケーションに配慮が必要な方への支援として、50音表の活用やジェスチャー（手話）での意思表示を用いて、円滑なコミュニケーション、意思表示を引き出せるよう配慮されています。
- 日常生活支援は、介護リフトの導入をはじめ、自助具の工夫や、電動車椅子の提案など、障害特性に応じた生活環境を整えています。また、個別支援計画書等に個別の支援の状態や留意事項を明記し、利用者一人ひとりのペースに合わせた支援が展開されています。
- 併設された診療所の医師との連携のもと、看護師を中心に利用者の健康状態を把握するとともに、体調変化に対応する体制が整備されています。また、喀痰吸引、経管栄養等の医療ケアは、資格所持者により安全な方法で実施されています。
- 社会生活支援として、利用者さんの外出希望を随時受け付け、意向をもとにできるだけ外出の機会、社会参加の機会を得られるよう支援がなされています。また、地域移行支援として法人内のグループホームの体験利用を実施していることがうかがえました。
- 家族への連絡は、月1回家族会が開催され、施設での取り組みや利用者の状況についての情報提供を行うとともに、随時担当職員が面談し、迅速に家族との情報交換を行っています。
- 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のプログラム化や文章化は十分ではありません。
- 今後は、利用者個々の取り組みを整理し、サービスをプログラム化していくことによって、生活支援をより明確にし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	1	11.1
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	19	50.0
II-3 運営の透明性の確保	11	5	45.5
II-4 地域との交流、地域貢献	26	14	53.8
III-1 利用者本位の福祉サービス	64	44	68.8
III-2 福祉サービスの質の確保	31	15	48.4
	227	130	57.3



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	5	83.3
2-(1) 支援の基本	26	15	57.7
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	5	100.0
2-(5) 健康管理・医療的な支援	11	8	72.7
2-(6) 社会参加、学習支援	4	2	50.0
2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援	5	3	60.0
2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援	6	3	50.0
	79	55	69.6
	306	185	60.5

A 達成度

