

兵庫県福祉サービス第三者評価  
評価結果報告書

施設名 : あつと

( 生活介護事業 )

評価実施期間 2018年1月5日 ~ 2018年7月31日

実地(訪問)調査日 2018年4月25日

2018年8月23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： あ っ と	種別：生活介護事業
代表者氏名： 原 尚 浩	定員（利用人数）： 1 2 名
所在地：〒673-1323 兵庫県加東市岡本1571-1	
TEL：0795-46-1887	ホームページ：http://dendenmushinokai.com
【施設・事業所の概要】	
開設年月日：平成23年11月1日	
経営法人・設置主体（法人名）：社会福祉法人 でんでん虫の会	
職員数	常勤職員： 5 名 非常勤職員： 4 名
専門職員	管理者 1名 看護師 1名（1）
	主任 1名 医師 1名（1）
	生活支援員 5名（1）
施設・設備の概要	活動室兼食堂 2室 多目的トイレ
	活動室 トイレ
	相談室 物置
	利用者ロッカー 洗濯物干し室
	物置兼職員ロッカー

③ 理念・基本方針

<ul style="list-style-type: none"> <li>一、心身の健康を保ち、安心・安定した活動の場を提供します。</li> <li>一、感情を分かち合い信頼関係を重視した支援を行います。</li> <li>一、個性を活かしながら可能性を引き出せるよう努めます。</li> <li>一、体験と交流を通じて社会とのつながりを大切にします</li> </ul>
---

④ 施設・事業所の特徴的な取組

<ul style="list-style-type: none"> <li>・質の良いサービスを提供していけるよう、毎月1回事業所内研修や兵庫教育大学で行われる動作訓練月例会に参加し職員の知識・技術の向上を行っている</li> <li>・安心安全を確保しながら、個々利用者といろいろな経験を積んでいけるよう、活動内容を検討し提供している。</li> </ul>
---

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 30年 1月 5日 (契約日) ~ 平成 30年 7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

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>○ <b>QC (品質管理) 活動をベースにサービスの質の向上が行われています。</b> 福祉サービスの質の向上に向けてQC (品質管理) サークル活動を継続的に取り組んでおり、常時、業務の改善がチームで行われています。これらの活動によって、取り組むべき課題を明確にされ、サービスの質の向上が図られています。</p> <p>○ <b>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。</b> 「あっとサポートシート」において、基本情報や生い立ち、障害特性、コミュニケーション、好きなこと、作業等がまとめられ、利用者一人ひとりのペースに合わせた支援にあたっています。特に定期的に関行される兵庫教育大学の動作訓練や利用者が通う病院に職員が訪問し、専門家による助言・計画のもと、リハビリの環境を整えられるとともに、月に一回の事業所内研修において障害に関する職員の専門知識の習得と向上を図り、週1回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。</p>
<p>◇改善を求められる点</p> <p>○ <b>アカウントビリティ (説明責任) の視点から、記録の充実を図るなど、よりわかりやすい情報提供が望まれます。</b> 利用者が主体的に暮らしを選択していくためには、その情報について利用者や家族が適切に把握し、理解していくことが重要です。それには、事業計画をはじめ、事業所の考え方、支援や取組の経過などサービスに必要な情報を的確に記録し、利用者や家族に対して、より理解しやすいよう、具体的に情報提供をしていくことが求められます。</p> <p>○ <b>施設としての取組を明確にしてプログラム化していくことが望まれます。</b> 各場面において、障害や生活の状況に応じた個別支援が行われており、利用者個々には多様な支援が提供されていますが、個々の取組にとどまり施設全体の仕組みには位置づけられていません。チームで利用者支援をしていくためには、各場面において支援の目的やねらいを明確にし、個別支援計画に反映していくとともに、ベースとなる支援プログラムを確立していくことが大切です。</p>

⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

<p>まだまだ足りないところだらけ…と思いながら受審しましたが、案の定足りないところだらけで、まだまだだと痛感しました。</p> <p>この受審結果を受け、よりよい事業所へ変わっていけるよう、少しずつ改善していきたいと思ひます。</p>
--

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 (b) c
<コメント> ○ 利用者を尊重した支援について、理念・基本方針に明示され、外部研修等で基本的な人権や利用者尊重について学ぶ機会を確保されています。 ○ 今後は、倫理規定の整備など具体的な事業所の考え方を明確にするとともに、利用者の権利を高める研修を開催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 (b) c
<コメント> ○ 別室にポータブルトイレを置いたり、つい立て等を使用するなど、利用者のプライバシー保護に対する設備等の工夫がうかがえます。 ○ 今後は、利用者尊厳・基本的人権配慮・虐待・プライバシー配慮に関する総合的なマニュアルや、個人情報流失した場合の対応を含めた個人情報保護の規定を整備し、利用者や家族へ周知していくことが重要です。		
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。	a (b) c
<コメント> ○ ホームページや事業所パンフレット、広報誌を作成し、相談支援事業所と連携して選択に必要な情報提供を行っています。また、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、誰にでもわかるような言葉遣いや写真・図・絵の使用等、更に利用者に分かりやすい工夫や、事業所の特色を活かした情報提供の取組が望まれます。		
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 (b) c
<コメント> ○ サービスの開始・変更については、利用開始時に重要事項説明書やパンフレットをもとに丁寧な説明をされ、書面にて同意を得ています。 ○ 今後は、意思決定に配慮が必要な利用者への説明の工夫や、利用開始、変更時における手順やルールを整備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。	a・b・ <b>c</b>
<p>〈コメント〉</p> <p>○ これまで大きなサービスの変更や、他事業所への移行などのケースが少なく、事業所の変更や退所後のアフターフォローについての仕組みは確認できませんでした。今後は、サービスの継続性に配慮した仕組みについて、構築していくことが求められます。</p>		
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・ <b>b</b> ・c
<p>〈コメント〉</p> <p>○ 連絡帳や送迎時に、個々の職員が利用者や保護者の話を聞く機会をもたれていますが、事業所として全体的な満足度調査は行われていません。今後は、定期的に利用者満足に関する調査を行い、把握した結果を分析・検討していくことが望まれます。</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。		
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・b・ <b>c</b>
<p>〈コメント〉</p> <p>○ 重要事項説明書、契約書に苦情受付担当者が明記されていますが、第三者委員が設置されていません。今後は、第三者委員の設置や苦情対応の経過を記録する方法を明確にして行くことで、更に利用者が意見を述べやすいような体制の整備が求められます。</p>		
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・ <b>b</b> ・c
<p>〈コメント〉</p> <p>○ 利用者からの相談については、2階に面談室があり、必要に応じてパーティションが設置されるなど、個別に利用者の相談や意見を聞く体制があります。また、定期的な面談の開催や、送迎時にご家族との連携を通して、相談できる機会を確保されています。</p> <p>○ 今後は、相談方法を明文化することにより、利用者が相談しやすい仕組みの構築が望まれます。</p>		
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・ <b>b</b> ・c
<p>〈コメント〉</p> <p>○ 連絡帳や口頭で聴取した意見・相談には、職員で情報を共有し、出来る範囲でその都度対応されていることがうかがえます。</p> <p>○ 今後は、相談を受けた内容やその結果を記録するなど、利用者からの意見や相談に対応する仕組みを整備していくことが求められます。</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。		
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・(b)・c
<コメント> ○ 事故対応マニュアルが整備され、責任者が選任されるとともに、ヒヤリハットなど利用者の安心と安全を脅かす事例の収集が行われています。 ○ 今後は、施設における多様なリスクに対応する手順を明確にするとともに、把握された安全を脅かす事例について、分析・検討していく仕組みを整備して行くことが望まれます。		
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・(b)・c
<コメント> ○ 感染症マニュアルにより、感染症に対する予防や発生時の対応などについて定められ、利用者の体温測定など身体状況のチェックが行われています。 ○ 今後は、感染症について定期的な職員への研修や勉強会などを行い、感染症が発生した場合の事業所内での役割を明確にし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やっている。	a・(b)・c
<コメント> ○ 定期的に避難訓練が実施され、災害時の安全確保について検討されています。 ○ 今後は、ハザードマップ等により事業所の立地条件から災害の影響を把握し、防災計画を整備するとともに、利用者の安否確認の方法や災害備蓄の整備など安全確保に向けた取組が望まれます。		

### 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。	a・b・(c)
<コメント> ○ 新人研修や月例の事業所内研修、大学での動作訓練への参加等、職員の技術向上や個別の利用者へのより良いサービス提供に対する取組はありますが、事業所としての標準的なサービスの実施方法（スタンダード）は明示されていません。今後は、個別支援のベースとなる標準的なサービスの実施方法を明確に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。	a・b・(c)
<コメント> ○ 基本的なサービスや「あっと」独自の特徴のあるサービスの標準的な実施方法の策定を通して、実施方法の検証や見直しが定期的に行えるような仕組み作りが望まれます。		

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・b・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 「あっとサポートシート」で個々の利用者に必要な情報をまとめられ、個別支援計画にニーズが明示されています。また、申し送りノートや週1回のミーティングを通じて部門を横断した協議の場を設けられています。</li> <li>○ 今後は、多職種の横断的な連携を通して、策定された計画にもとづいたサービスの提供を確認できる仕組みが必要です。</li> </ul>		
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・b・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 今後は、利用開始前のアセスメントから計画を立案するまでの過程を明確にすることにより、定期的な実施計画の評価ならびに見直しができる手順を明確にされることが望まれます。</li> </ul>		
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・b・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ サービスの実施状況の記録は、日々のバイタルや生活状況等について事業所で統一した様式に記録され、週1回のミーティングやパソコンのネットワークによって、利用者の情報を共有しています。</li> <li>○ 今後は、支援計画にもとづいた記録を整理され、記録する職員で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研修を通じて、利用者の支援経過を明確にすることが重要です。</li> </ul>		
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・b・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 契約書、重要事項説明書とともに、個人情報の同意書を各利用者と交わされていますが、「個人情報保護規定」がなく、管理体制は明確ではありません。今後は、利用者の情報が漏洩した場合の対応方法や個人情報の取り扱いについて、規定を整備していくことが望まれます。</li> </ul>		



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・(b)・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・(b)・c

特記事項

- あつとサポートシートにおいて、基本情報や生い立ち、障害特性、コミュニケーション、好きなこと、作業等がまとめられ、障害特性に合わせて作業をしやすいような工夫をするなど、利用者個別の意向を尊重した支援が行われています。
- 車椅子のベルトやヘッドギアなどの装具を含め、やむを得ない場合に身体拘束が必要な利用者に対し、同意書を交わして説明が行われています。
- 今後は、事業所における利用者の権利侵害について、職員が具体的に検討する機会を定期的に設け、権利侵害の防止に関する取組を明確にしていくことが必要です。

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・(b)・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)・b・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・(b)・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・(b)・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・(b)・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。	a・(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・(b)・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。	a・(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・(b)・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

- 作業場に「あいうえお表」やトーキングエイドがあり、発語が難しい方にもコミュニケーションがとれるような工夫がされています。また、職員等の顔写真を使用することにより、発語や理解が難しい方でも顔と名前が分かるような取組がなされています。
- 週1回のケース会議において、相談内容や支援について職員間で検討が行われ、話しやすい環境づくりに努めています。
- 月に1回の事業所内研修において、障害に関する職員の専門知識の習得と向上を図るとともに、週1回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。
- 定期的開催される兵庫教育大学の動作訓練に職員が参加し、訓練で取得した技術を支援に活かされています。また、利用者が病院で受ける訓練に同意を得て見学や撮影を行い、個々に合わせた訓練を事業所で実施されています。
- 年間行事として買い物や外食などの外出企画や日帰り旅行など、現状の支援体制の中でできるだけ利用者の社会参加への支援が行われています。
- 日々の連絡帳で家族への報告や、家族からの意向、要望等を聞き取るとともに、半年に1回の面談や、保護者会を通じて、家族との意見交換が密に行われています。
- 利用者個々に多様な生活支援が行われていることがうかがえますが、個別支援計画やケース記録に反映されていないことが散見されました。
- 今後は、施設内での日常的な生活の改善に向けて、更に利用者の意見や要望を取り入れる仕組みを構築し、生活支援についての記録とマニュアルの充実が望まれます。

(別紙2)

## 各評価項目に係る評価結果グラフ

### Ⅲ・A 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス	64	17	26.6
Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保	31	8	25.8
1-(1) 自己決定の尊重	6	1	16.7
1-(2) 権利侵害の防止等	6	1	16.7
2-(1) 支援の基本	26	14	53.8
2-(2) 日常的な生活支援	5	1	20.0
2-(3) 生活環境	5	2	40.0
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	9	3	33.3
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	0	0.0
2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援	6	2	33.3
	172	53	30.8



