

兵庫県福祉サービス第三者評価
評価結果報告書

施設名 : 神戸市立自立センターひょうご
(生活介護事業)

評価実施期間 2018年8月20日 ~ 2019年3月31日

実地(訪問)調査日 2018年11月8日

2019年2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 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：神戸市立自立センターひょうご | 種別：生活介護事業 |
| 代表者氏名：村山 盛光 | 定員（登録人数）：60名（65名） |
| 所在地：〒652-0897 兵庫県神戸市兵庫区駅南通5丁目1番1号 | |
| TEL：078-672-6493 | ホームページ： http://www.kobeseirei.or.jp/ |
| 【施設・事業所の概要】 | |
| 開設年月日：1996年 4月 1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： 21 名 非常勤職員： 4 名 |
| 専門職員 ※（ ）はうち非常勤職員を明示 | 管理者 1名 医師 1名（1） |
| | 支援課長 1名 看護職員 1名 |
| | サービス管理責任者 1名 事務職員 1名 |
| | 生活支援員 19名（3） |
| 施設・設備の概要 | 作業室 2室 事務室 |
| | 会議室 食堂 |
| | 相談室 利用者更衣室 2室 |

② 念・基本方針

| |
|--|
| <p>神戸聖隷福祉事業団 基本理念</p> <p>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して 社会福祉の向上に貢献します</p> <p>私たちが大切にすること（行動規範）</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 幸せな福祉社会の実現に努めます <p>自立センターひょうごの基本方針</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 利用者の人権を尊重し、『心の声』に耳を傾け、寄り添い、共に歩みます。 2. 利用者が地域の中でその人らしく暮らすことを支えるため、『福祉のプロ』集団として、個々の専門性を高め、チームワークによる質の高いサービス提供を目指します。 3. 地域の社会資源として、諸機関、諸団体と連携し、地域福祉の向上に努めます。 |
|--|

④施設・事業所の特徴的な取組

障害特性に応じた取り組み：構造化、視覚支援、TEACCH、PECS等の取り組み
 地域貢献：嘱託医の西松央一先生による地域向けの落語会の定期的開催
 フルタイム看護師（正規職員）の配置
 中部在宅障害者福祉センター各事業との連携による支援

⑤第三者評価の受審状況

| | |
|-------------------|--|
| 評価実施期間 | 平成 30年 8月 20（契約日）～ 平成 31年 3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 26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、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。

「キリスト教精神」を基本とした法人理念をもとに、施設として理念研修を開催し、理念の共通理解に努めています。また、第3期中期計画をもとに、毎月、施設において目標の進捗状況を確認する取組が行われ、新たな時代に向けた体制や仕組みの構築が進められており、計画的な施設運営が行われています。

- 利用者の状況に合わせて、生活支援をはじめ、機能訓練や健康の増進が図られています。

必要に応じて、一日の状態を記録している『生活リズム表』を作成し、利用者の健康状態の把握に努め、看護師による定期的なバイタルチェックなど、体調変化に対応する体制が整備されています。また、利用者の状況に合わせて食事形態を配慮したり、エクササイズの提供や散歩、バランスボール、エアートランポリンを使った運動を活用し、機能訓練や健康の増進が図られています。

- 個別支援計画をもと、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。

サービス担当者を中心となって、サービス管理責任者をはじめ看護師、他事業者など関係機関を交えたカンファレンスを通じて、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。また、障害に関する専門知識の習得の為、内部研修（障害理解等）、外部研修（eサービス、強度行動障害者支援者養成講座等）に参加し、TEACCHプログラムに基づいた構造化や視覚支援や絵カード交換式コミュニケーションシステム（PECS）を取り入れ、障害特性に応じた取組が行われています。

◇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。

現在、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**

第三者から見たもっともな意見をいただけたと受け止めています。事業所の弱み、課題が明確になり私たちが取り組むべきものが整理されました。サービスの質の向上に向け、まずは標準化を図りそれを見直すシステムを構築していきたいと思っています。

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

※すべての評価細目について、判断基準（a・b・cの3段階）にもと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。 | b |
| <コメント> ○ 「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事業所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するとともに、利用者自治会や職員会議等を通じて、継続的に周知する取り組みが行われています。また、理念理解を深めるためにガイドブックを活用し、施設として理念研修を開催し、理念の共通理解に努めています。 ○ 今後は、利用者や家族に対して、理念や基本方針の周知状況を確認していく取組を期待します。 | | |

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。 | a |
| <コメント> ○ 福祉新聞、経営協配信メール、法人役員によるレポートを通じて、社会福祉事業全体の動向を具体的に把握・分析されるとともに、神戸市障がい者保健福祉計画や特別神学校の連携を通じて地域の状況を把握しています。また、月次実績報告によって、福祉サービスのコスト分析や利用者の推移、利用率等の分析を行っていることがうかがえました。 | | |
| 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> ○ 施設における経営状況や課題については、SWOT分析をもとに施設における中期計画に明示するとともに、毎月の全体施設長会、地区施設長会で報告しながら改善が図られるとともに、担当者の報告をもとに職員会議で検討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さらに明確にする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。 | b |
| <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～2020年）に基づいて、事業所において「利用者、家族の心のよりどころとなる自立センターとなります」とのビジョンを掲げ、中期事業計画が策定されています。また、毎月、事業所において目標の進捗状況を確認する取組が行われています。 ○ 今後は、進捗状況に確認に合わせて、中・長期計画を見直す仕組み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。 | a |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 法人で策定された第3期中期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。また、毎月の職員会議を通して、実施状況の評価を行うとともに、具体策を検討する仕組みが出来ています。 | | |
| 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"> ○ 事業計画は、職員会議、グループミーティング、個別面談等を通して、職員の意見を把握、集約し、策定されるとともに、事業計画の進捗状況が、毎月の職員会議での振り返りに基づいて把握されています。 ○ 今後は、事業計画の評価から見直しに至るプロセスを明確にしていくことが期待されます。 | | |
| 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"> ○ 事業計画の主な内容は、利用者自治会や家族会において、資料を配付して説明が行われています。 ○ 今後は、事業計画をわかりやすく説明した資料を作成するなど、利用者がより理解しやすいよう、更に工夫に努められることが望まれます。 | | |

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 |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ サービスの質については、社会福祉施設運営管理自主点検表や利用者満足度調査を通じて、職員会議によって評価され、検討が行われています。 ○ 今後は、サービスに関する定期的な自己評価を行うことによって、サービスの質の向上に向けたPDCAサイクル（改善のためのサイクル）を確立していくことが重要です。 | | |

| | | |
|---|---|---|
| 9 | I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り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。 | b |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ チェックリスト表や利用者満足度調査を通して、福祉サービスの課題を共有し、サービスの質についての改善が図られています。 ○ 今後は、サービスの質について、今回の第三者評価やサービスチェックを通して、組織として、改善に向けた計画を見直すことによって、PDCAサイクル（改善のためのサイクル）を確立していくことが重要です。 | | |

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 |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 管理者は、広報誌への掲載や会議、研修において経営・管理に関する方針と取組を表明されています。 ○ 今後は、職務分掌表にもとづき、有事（災害、事故等）における管理者の役割や責任について、連絡方法や権限委任を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。 | b |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 管理者は、法人法令遵守規定、法令遵守マニュアル、職場コンプライアンスチェックシート等にて関係法令の情報収集を図り、職員に対して遵守すべき法令等を周知しています。 ○ 今後は、環境への配慮等も含む幅広い分野について、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ることを期待します。 | | |
| 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 |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 管理者は、利用者満足度調査や毎月の職制会議、職員面談等を通じて施設内の福祉サービスの状況を把握し、課題に取り組み、指導力を発揮するとともに研修の充実を図っています。 ○ 今後は、管理者自らのサービスの質の評価を明確にすることによって、評価結果に基づいた質の向上を指導していくとともに、サービスの質について職員の意見を反映するための具体的な体制を明確にしていくことが望まれます。 | | |
| 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。 | b |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 管理者は、経営の改善や業務の実効性について、職制会議、職員会議等で毎月の実績や施設の経営状況を報告しながら協議し、改善が図られています。 ○ 今後は、職場環境改善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。 | b |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 法人第3期中期計画において、組織としての人材育成方針が示されています。また、年間を通して学校訪問、インターン制の導入、就職活動サイトを活用するなどの採用活動の取組が行われています。 ○ 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（人事プラン）を確立し、その計画にもと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。 | b |
| <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「人事・労務・危機管理部会」にて検討されており、各規定により人事基準を整備するとともに、キャリアパスフレームや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。 ○ 今後は、昇格に関する基準や職員処遇の水準を職員に周知し、明確にすることによって、職員が自ら将来の姿を描くことができるような総合的な仕組みづくりが望まれます。 | | |
| 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。 | b |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 福利厚生については、神戸市勤労者福祉共済制度に加入し、ストレスチェックやハラスメントの相談窓口を設置するとともに、管理者自らがワーク・ライフバランス養成講座に参加して、有給休暇取得推進と30時間超残業の削減に取組み、働きやすい職場づくりに努められています。 ○ 今後は、働きやすい職場づくりに関する取組を人事計画に反映することによって、明確化す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"> ○ 法人キャリアパスフレーム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を明確にするとともに、定期的なフィードバック面接等により、進捗状況・目標達成度の確認が行われています。 | | |
| 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"> ○ 法人職員育成推進担当部による研修計画に基づき、階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や研修マニュアル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が明確にされています。 ○ 今後は、研修計画にもとづき、研修内容・カリキュラムの評価・見直しを定期的に行う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 |
| <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、職員に対して研修情報を提供し、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、施設の特異性に合った研修カリキュラムの構築が期待されます。 | | |
| 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。 | b |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 実習生受入れについて、専門職の教育・育成に関する基本姿勢明示し、指導者研修への参加を通じて、養成校との連携が行われ、福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について、積極的な取組をされていることがうかがえます。 ○ 今後は、マニュアルの作成を通じて、実習生等の福祉サービスに関わるプログラムを明確す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。 | b |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 法人のホームページ等の活用により、理念や方針やサービス内容、事業計画、決算報告書などが公表されています。また、広報誌に施設の活動等を掲載し、近隣自治会、各支援学校に公開することで、幅広い活動の周知が行われています。 ○ 今後は、施設運営の透明性を確保するための取組として、苦情や相談内容を公表するなど、更に情報公開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 |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 法人の経理規定や職務分掌表により、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。 | b |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 施設の基本方針の中に地域との関わりの方考え方を明示し、えびす祭、リレー大会など地域行事への参加や地域向けの落語会の定期的開催を通じ、地域の人との交流が積極的に行われています。 ○ 今後は、活用できる社会資源や地域の情報を収集し、掲示板の利用等で利用者により積極的に提供す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。 | b |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ボランティアマニュアルにボランティアの受け入れ手順を整備し、散歩活動付き添いや作業活動等でボランティアを受け入れるとともにトライやるウィーク、福祉体験学習等の受け入れなど、学校教育への協力が行なわれています。 ○ 今後は、学校教育への協力に関する基本姿勢を明文化するとともに、ボランティアに対して利用者との交流を図る視点で必要な研修を行うことが望まれます。 | | |
| 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"> ○ 現在、中部在宅障害者福祉センター内運営会議、兵庫区社会福祉法人等連絡協議会、兵庫区自立支援協議会防災部会等に積極的に参加するとともに、地域の福祉避難所、防災について共通の問題の解決に向けて協働しています。 ○ 今後は、利用者の状況に対応できる社会資源について整理され、職員間で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"> ○ 地域交流イベント「落語会（四葉寄席）」を定期的に開催し、地域住民にもチラシを配布し参加を呼び掛けています。また、もの屋敷世帯への生活改善事業等に参加することで、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、地域ニーズに応じ住民が自由に参加できる多様な支援活動の実施が望まれます。 | | |
| 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。 | b |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 兵庫区社会福祉協議会、兵庫区福祉事務所との連携や「ほっとかへんネット」活動などを通じて、地域の福祉ニーズの把握に努められています。また、把握した福祉ニーズにもとづいてもの屋敷世帯への生活改善事業に参加されています。 ○ 今後は、地域の福祉ニーズにもとづく多様な公益的な事業・活動を計画的に実施することが望まれます。 | | |

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"> ○ 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、施設における標準的な実施方法等に反映し、権利擁護(虐待防止、成年後見制度等)に関する勉強会・学習会によって、職員への周知が図られています。 ○ 今後は、利用者の尊重や基本的人権への配慮について、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"> ○ 個人情報管理規定、虐待防止規定を整備し、研修等にて職員への周知が図られています。また、年2回の虐待防止セルフチェックによって、適切な支援の確認を行っていることがうかがえました。 ○ 今後は、プライバシーに配慮した支援についてマニュアル化するなど、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。 | b |
| <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、機関誌の作成をはじめ、事業所を紹介する資料を作成するなど、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て、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、利用者の特性に応じたわかりやすい情報提供が望まれます。 | | |
| 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。 | b |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ サービスの内容について、重要事項説明を用いて、出来るだけ本人の同意が得られるよう、丁寧に説明され、同意を得ていることがうかがえます。 ○ 今後は、利用者の自己決定を推進していくために、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の工夫や配慮が望まれます。 | | |

| | | |
|--|---|---|
| 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"> ○ 退所する利用者等、福祉サービスの変更については、利用者が不利益とならないよう、終了後も相談、フォローの担当者等を明確にすることで、いつで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まれます。 | | |
| Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。 | | |
| 33 | Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の向上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"> ○ 利用者満足度アンケートが年一回実施されるとともに、個別面談等を通して利用者等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。また、その報告は、職員会議や家族会にて行われ、サービスの改善に向けた取組が行われています。 ○ 今後は、調査結果や聞き取りの内容を分析することで、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"> ○ 苦情相談の案内のポスターを掲示し、意見箱の設置、アンケート実施を通じて、苦情発生時に気軽に相談できる下地を作るとともに、苦情解決委員会を設け、苦情からサービスの向上につながるような対応が出来る仕組みが構築されています。 ○ 今後は、苦情内容及び解決結果について、公表していく仕組みづくりが期待されます。 | | |
| 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"> ○ 利用者からの相談については、相談室や会議室などを活用し、職員の方々は相談しやすく、意見が述べやすい雰囲気作りを心がけています。また、必要に応じて居住区の地域生活相談支援センターのパンフレットを配布しています。 ○ 今後は、誰でも気軽に相談出来たり、意見交換がしやすいよう方法を説明した文書を掲示されることで、意見を述べやすい環境を整備していくことが期待されます。 | | |
| 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"> ○ 意見箱の設置やアンケートの実施など利用者の意見を把握する機会を設け、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 |
| <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を設置され、事故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、職員会議の中でのヒヤリハット報告を通して、改善していく仕組みが構築されています。 ○ 今後は、危険予知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。 | b |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 感染症マニュアルは法定伝染病等の予防、発生時マニュアル、処理マニュアルを整備し、感染症勉強会で周知するとともに神戸市のモデル事業、～早期探知地域連携システム～に参加し、日常的な予防対応が実施されています。 ○ 今後は、感染症に関する対応について、事業において定期的に見直していく仕組み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"> ○ 事業所として、警報発令時、地震発生時を想定したマニュアルを整備するとともに、役割分担を明確にした定期訓練を実施しています。また、中部在宅障害者福祉センターや地域自立支援協議会防災部会と共働し、災害備蓄や防災対策が行われています。 ○ 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、移動、食事、排泄時等の支援について明記され、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、提供されるサービスの分析を通して、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。 | c |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 各支援担当者が中心となって、個別支援計画の流れに従い、アセスメントにより、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、サービス管理責任者をはじめ看護師、他事業者など関係機関を交えたカンファレンスを通じて、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。また、支援の状況は、グループの終礼やグループミーティングにて話し合いをし、状況把握と原因を分析し、支援方法を共有しています。 | | |
| 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 |
| <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、速やかに対応を行っています。 ○ 今後は、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 |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者に関するサービスの実施記録は、ケア記録記載マニュアルに従って、施設内で様式を整備し統一した要領で記録され、朝礼や終礼、支援会議、グループミーティングをはじめ、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。 | | |
| 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"> ○ 法人による文書管理規定をはじめ各種規定に、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、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

| | |
|---|---|
| ○ | カードや写真を利用し、視覚的に把握しやすいような工夫を通して、利用者の意向を尊重しながら、主体的な活動として発展を促すように支援しています。また、職員の支援を受けて、定期的に自治会を開催し、食事メニューのリクエストなど生活に関わるルールを話し合う機会を設けています。 |
| ○ | 人権侵害については、虐待防止マニュアルを整備し、虐待防止委員会において、法人の虐待不適切ケア評価表を基に判定し、意見交換が行われています。 |
| ○ | 今後は、権利侵害の防止等のために具体的な内容・事例を整理し、利用者等に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 |
| 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。 | a |
| 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。 | 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。 | 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。 | a |
| 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 |
| 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

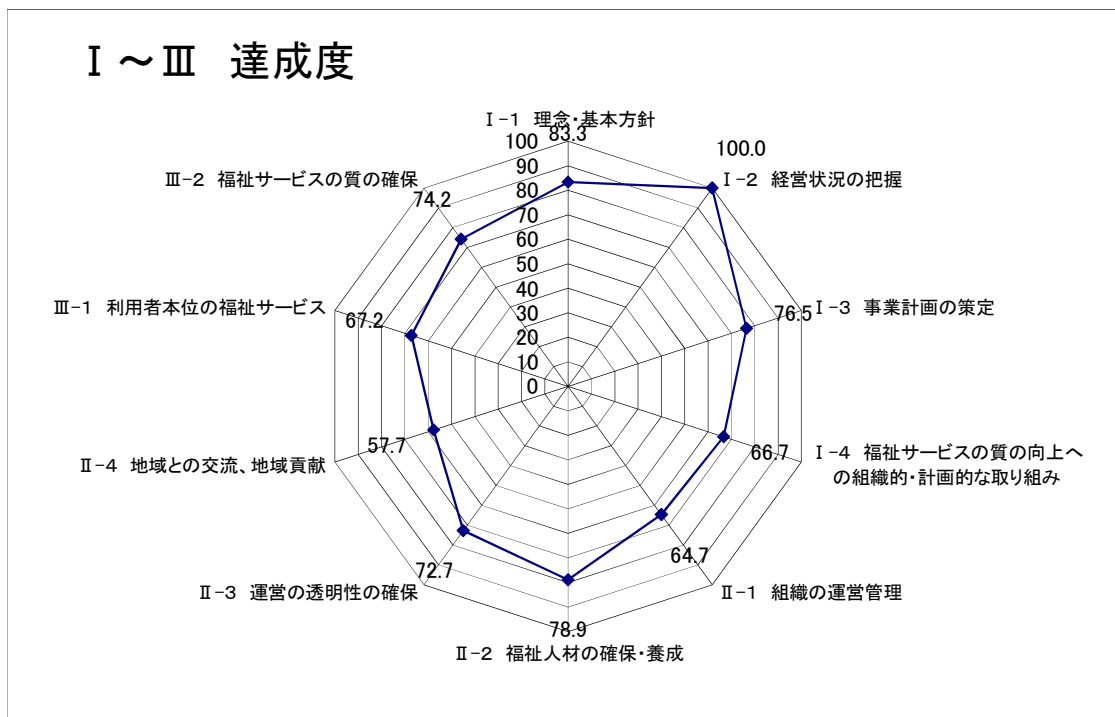
- 利用者一人ひとりの状況に応じ、身だしなみを整える等の日常生活において、障害特性に合わして手順書等を使い、自立生活につなげた支援が行われています。
- 自分の意向を表現しにくい利用者や言葉で伝えられない方には、スケジュールボード・絵カード・50音表意思伝達カードなど、様々なコミュニケーションツールを使用し、利用者の状況に合わせてコミュニケーションを図っています。
- 障害に関する専門知識の習得の為、内部研修（障害理解等）、外部研修（eサービス、強度行動障害者支援者養成講座等）に参加し、TEACCHプログラムに基づいた構造化や視覚支援や絵カード交換式コミュニケーションシステム（PECS）を取り入れ、障害特性に応じた取組が行われています。
- 日中活動支援は、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・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活動が展開されています。
- 日常生活支援は、利用者の心身の状況に応じて、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。特に食事支援については、誕生月の人のリクエストメニューの導入をはじめ、利用者の状況に合わせた刻み食やアレルギー食、カロリー制限食が提供されています。
- 必要に応じて、一日の状態を記録している『生活リズム表』を作成し、利用者の健康状態の把握に努め、看護師による定期的なバイタルチェックなど、体調変化に対応する体制が整備されています。また、利用者の状態に合わせてエクササイズの提供や散歩、ラジオ体操、バランスボール、エアートランポリンを使った運動を活用し、機能訓練や健康の増進が図られています。
- 社会生活支援として、地域生活支援センター、特定相談支援事業所と連携・協力し、グループホームの見学や地域生活支援センターの職員を招いての勉強会を実施するとともに、ガイドヘルパーを調整し地域の社会資源を活用していることがうかがえました。
- 連絡帳において、日常的に家族との情報交換を行うとともに、生活リズム表作成や、薬の仕分け、家庭訪問を実施して家族との連携や支援が図られています。
- 利用者や家族の地域生活に関する意向や要望について、明確にしていくことで、生活支援の充実が望まれます。
- 事業種別に応じた個別の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 | 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 | 11 | 64.7 |
| II-2 福祉人材の確保・養成 | 38 | 30 | 78.9 |
| II-3 運営の透明性の確保 | 11 | 8 | 72.7 |
| II-4 地域との交流、地域貢献 | 26 | 15 | 57.7 |
| III-1 利用者本位の福祉サービス | 64 | 43 | 67.2 |
| III-2 福祉サービスの質の確保 | 31 | 23 | 74.2 |
| | 227 | 162 | 71.4 |



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 | 25 | 96.2 |
| 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 | 9 | 8 | 88.9 |
| 2-(6) 社会参加、学習支援 | 4 | 4 | 100.0 |
| 2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援 | 5 | 5 | 100.0 |
| 2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援 | 6 | 5 | 83.3 |
| | 77 | 71 | 92.2 |
| | 304 | 233 | 76.6 |

A 達成度

