

兵庫県福祉サービス第三者評価
評価結果報告書

施設名 : ワークメイト西宮聖徳園

(生活介護・就労継続支援B型・短期入所事業)

評価実施期間 2020年10月16日 ~ 2021年2月28日

実地(訪問)調査日 2020年12月1日

評価決定委員会開催日 2021年1月8日

2020年2月5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: ワークメイト西宮聖徳園	種別: 生活介護・就労継続支援B型 短期入所事業		
代表者氏名: 山本 章博	定員 (利用人数):	60 (72)	名
所在地: 〒 662-0927 兵庫県西宮市久保町14-19			
TEL 0798-33-0055	ホームページ: http://www.shotokuen.or.jp		
【施設・事業所の概要】			
開設年月日: 平成 22 年 4 月 1 日			
経営法人・設置主体 (法人名): 社会福祉法人 聖徳園			
職員数	常勤職員:	13 名	非常勤職員: 7 名
専門職員 ※()はうち非常勤職員を明示	管理者	1名	看護師 1名 (1)
	サービス管理責任者	1名	職業指導員 3名
	生活支援員	6名 (1)	目標工賃達成指導員 1名
	医師	1名 (1)	調理員 1名 (1)
施設・設備 の概要	施設・設備名	居室数	施設・設備名 居室数
1階	訓練室・作業室	1室	相談室 1室
	エントランスホール	1カ所	医務室 1室
	事務室	2室	脱衣室 1室
	便所(女1)	2カ所	洗濯室 1室
	便所(男1)	2カ所	浴室 1室
	更衣室	1室	居室 7室
	ラウンジ	1カ所	リビング 1カ所
2階	食堂(多目的室)	1室	会議室 1室
	調理室	1室	研修室 1室
	便所(女)	1カ所	倉庫 1室
	便所(男)	1カ所	更衣室 1室
R階	屋上	1カ所	屋外階段 1カ所
その他	屋内会談	1カ所	放送設備 各フロア
	消火器	各フロア	火災報知器 —
	避難袋(ベランダ)	1カ所	ナースコール 各トイレ
	駐車場	—	エレベーター 1カ所

③理念・基本方針

<p>理念 ～人々の期待に応え 高い信頼を得るために～</p> <ul style="list-style-type: none"> － ヒューマニズムにたつて 高度な専門性を持って人のためにつくします － 子どもの輝く成長を願い 高齢者・障がい者の良質な生活を支えます － 地域に目を向け 福祉の関わりを見つけ取り組みます

④施設・事業所の特徴的な取組

<p>作業を通じて社会参加と生活の向上を図る</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 高い品質により社会の信頼を得る ・ 共に汗して生産性を上げ生活の向上に結びつける ・ 語らい 遊び 自信と勇気あふれたワークメイトを創る

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	2020年 10月 16日（契約日）～ 2021年 2月 28日（評価結果確定日）
受審回数 （前回の受審時期）	3回（平成29年度）

⑥総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者の状況に合わせて、多様な生産活動と生活支援等が総合的に行われています。 作業を通じて社会参加と生活の向上を図ることを大切にして、プラスチック加工を中心に企業提携作業を通じて、生産活動に取り組まれるとともに、個々の生活機能の向上を目的とし、看護師との連携のもと口腔体操、腰痛予防体操、買い物訓練、洗濯訓練、歯磨き訓練などの生活訓練を実施しており、個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行うことで、利用者の個別性に配慮した個別支援が総合的に展開されています。 ○ 地域のニーズに合わせて、地域生活を継続する為の支援が行われています。 就職を目指す方や日常生活の支援が必要な方など自立に配慮した個別支援が展開されており、グループホームの見学や就労した利用者の体験談など、自立生活に向けた具体的な取り組みが行われています。また、短期入所事業では、利用者の心身の状況に応じて、食事への配慮や機械浴を使用するなど、多様な日常生活支援が行われ、アセスメントやサービス等利用計画に基づき、地域生活を継続する為の支援が行われています。
--

◇改善を求められる点

○ **意思決定支援をはじめ利用者を尊重する取り組みなど利用者本位のサービスの具体化が必要です。**

利用者を尊重したサービス提供について、法人の理念・基本方針に基づいて指導方針、職員姿勢において具体的に示され、利用者の権利擁護に配慮した支援は行われていますが、プライバシー、権利擁護、利用者の意思決定など、利用者本位の具体的な取り組みが明確ではありません。今後は、人権に関する基本的知識や、社会福祉事業に携わる者としての姿勢、意識を利用者本位の視点から整理され、研修の実施やマニュアルの整備により具体化していくことが望まれます。

○ **サービスの標準的な実施方法について検証し、スタンダードな支援を確立していくことが望まれます。**

法人全体のQMS（クオリティ・マネジメント・システム）に基づきサービスの標準化のため、各支援における手順書が作成されていますが、各支援の目的やねらいは明確ではありません。今後は、短期入所事業をはじめ、現在行っている支援を整理し、職員が統一した考え方のもと支援が行えるよう、標準的な実施方法の研修を行い、スタンダードな支援を確立していくことが望まれます。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

毎年利用者の数が増え本年度で72名となりました。限られた職員数で支援をする中で、一人ひとりの個別支援計画に沿い全員の支援を毎日実施し、記録に残していくという作業の難しさを痛感しておりました。ニーズの抽出の仕方、支援計画に至るまでのプロセス（支援マニュアルの整備）をしっかりと行うことで、一貫性のある支援が行えることをアドバイスいただき、より質の高い支援を目指すことができそうです。

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。	b
<コメント> ○ 法人理念や基本方針（基本姿勢）がホームページ・パンフレット、事業計画等に記載されており、法人理念は事業所の使命や目指す方向性、基本方針との整合性が読み取れる内容となっています。また、ワーク3施設合同会議で理事長説明があり、毎月の職員会議でも唱和等で周知が継続されています。 ○ 現在作成中の「重要事項説明書（分かりやすい版）」とともに、法人理念や基本方針についても、今後利用者や家族に分かりやすく説明した資料を作成するなど、伝え方の工夫や配慮が望まれます。		

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> ○ 社会福祉事業全体の動向は法人本部が主体的に行っています。理事長はじめ管理者も参加する経営会議が毎月開催されており、経営に関する情報の把握や分析が行われています。地域の情報は兵庫県や西宮市からのメールやホームページ等で情報を収集し、事業所で作成する運営報告書にコスト分析や利用状況が取りまとめられています。		
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> ○ 経営課題は、毎月のコスト分析や利用状況等を踏まえて、取り組むべき事業に関する課題を明確にし、事業計画の中に具体的に明記されています。理事会の場で役員間での情報共有が図られており、その内容が必要に応じて経営会議や事務長会議の場で明示されています。「中期経営企画」や各年度の事業計画は事業所に配布されて、職員会議等で周知がされ具体的な取り組みが進められています。		

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> ○ 理念や基本方針の実現に向けた法人の「中期経営計画(令和2年度～4年度)」を策定され、法人ミッションや中長期経営ビジョン、重点課題が掲げられています。また、法人の「中期経営計画」における重点課題に基づいた、事業所ごとの「中・長期計画」を具体的に策定され、半期ごとに進捗状況が確認されており、年度中に見直しが予定されています。		
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
<コメント> ○ 法人の「中期経営計画」に基づく「年度事業計画」が策定され、さらに事業所ごとの「年度事業計画」が重点課題などを明記した実行可能な内容で策定されています。また、「年度事業計画」は半期ごとに進捗状況の確認が行われています。		
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
<コメント> ○ 事業計画の策定は、利用者アンケート等による利用者や家族の意見を踏まえて、主任・チーフが策定に参画しています。進捗状況について半年ごとにA・B・C・Dの評価基準を用いて評価し、月1回の管理者会議や職員会議等で報告され職員に周知されています。「中期経営計画」には、作成手順や構成が掲げられていますが、「事業計画」についての手順は明確に示されたものは確認できませんでした。 ○ 今後は、「事業計画」に関する策定、実施状況の把握、評価、見直し等のPDCAサイクル(改善のためのサイクル)を明文化していくことが望まれます。		
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。	b
<コメント> ○ 事業計画は利用者や家族等には配布されていませんが、年に1回家族懇談会でサービスに関する説明会を開催し、口答で事業計画を説明しています。今年度は新型コロナウイルス感染症の影響により実施できていません。 ○ 今後は、利用者等の参加を促す観点から、事業計画の主な内容をわかりやすく説明した資料作成等の工夫が望まれます。		

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。	a
<コメント> ○ QMS（クオリティ・マネジメント・システム）を構築するため、新年度から法人メンバーを編成し、品質方針やサービス改善・人材育成等5つからなるチームに分けられた組織体によって、PDCAサイクルにもとづき、福祉サービスの質の向上に関する取り組みが行われております。品質方針チームの確認は、毎月行い、法人本部へ報告されています。また、第三者評価の定期的な受審や年2回のQMS自己評価を行っています。		
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。	b
<コメント> ○ 法人のQMS（クオリティ・マネジメント・システム）に評価結果を報告し、法人から法人全体の課題や評価結果に対して、フィードバックを受けて、職員会議で共有されています。 ○ 今後は、事業所としての評価結果にもとづく課題について、改善策や改善計画を策定され、評価、見直し等が行われる仕組みづくりが望まれます。		

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
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、事業所の経営・管理に関する方針と取り組みを全体職員会議で明確にしていますが、今年度は新型コロナウイルス感染症の影響により開催できていません。職務権限規程によって自らの役割と責任を職員に周知されています。 ○ 管理者不在時には主任やチーフが中心となって対応しているとうかがいしましたが、職務権限規程の中に有事の際の権限委譲等も含めて明確化されていません。今後は、有事（災害、事故等）における管理者の役割と責任について、文書化で明確にしていくことや広報誌等でも表明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
<コメント> ○ 利害関係者との適正な物品購入、修繕等については、手順書に業者の選定、起案書、決裁や責任者が明確になっています。法令遵守に関する外部研修等に参加していますが、今年度はコロナ禍による影響からインターネット等を活用し、情報収集に努めています。直近では、新型コロナウイルス感染症について、厚生労働省からの通達情報などを職員等に周知しています。 ○ 今後は、障害福祉分野に限らず、幅広い分野について遵守すべき法令を把握し、必要に応じた法令等を職員に対して周知していくことが望まれます。		
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> ○ 品質・サービス改善等、毎月のデータ分析レポートが作成され、管理者会議で課題を把握し法人に報告されています。事業所内には委員会組織は確立していますが、管理者自らが参画していることは確認できませんでした。 ○ 今後は、サービスの質の向上に関する自己評価の仕組みづくりや管理者自ら年1回以上の自己評価を行い、現状分析が望まれます。		
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> ○ 管理者は、職員の人員配置の過不足や労務状況の把握に力を注ぎ、財務状況を確認しながら随時対応されています。職員の働きやすい環境整備では、作業場のレイアウトを変更し、利用者や職員が相談できるスペースを確保するために食堂の畳を潰して会議室等にする構想が検討されています。また、毎月第1土曜日の職員会議には管理者も参加し、経営の改善や業務の実効性に向けて職員間の意識形成の場としています。		

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。	a
<p><コメント></p> <p>○ 必要な福祉人材や人員体制については、中期経営計画に基づいて、事業計画に応じた人材確保や育成が行われています。また「施設カルテ」と称された職員の配置状況について、法令で定められた人員配置以上の事業所独自の配置に関する目標値が掲げられ、現状の人員に対する充足率が示されています。また、人材確保については、インターネットやハローワーク等で求人情報の発信や事業所での採用活動が積極的に行われています。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a
<p><コメント></p> <p>○ 「期待する職員像等」は法人理念や基本姿勢に明確に示され、業務に関する自己評価表に基づいて、年2回、定例の面談をもとに自己申告を踏まえた人事評価制度が行われています。また、処遇水準は福祉業界の水準について情報を把握するとともに、将来に向けキャリアアップ制度も構築されており、総合的な人事管理が行われています。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>○ 管理者が労務管理の責任者として、有給休暇や時間外管理など毎月のチェックを行っています。本部から職員へのアンケートが実施され、育児休暇や介護休暇等・キャリアアップ制度を取り入れるとともに、年1回のメンタルヘルスチェックや子育て中の職員には、臨機応変に時間的な配慮を行っています。また、法人としてメンタル面やハラスメント対応について相談窓口を設けるとともに、共済への加入など総合的な福利厚生施策を通じて、働きやすい職場づくりやワーク・ライフ・バランスに配慮されています。</p>		
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> <p>○ 「期待する職員像等」は法人理念や基本姿勢に明確に示されています。法人理事長宛に向けて、実施する職員アンケート（自己評価表）に職員が働きたい思いや希望を聞き取るための取り組みが行われています。事業所単位でのチーム目標が掲げられていますが、職員個々に応じた目標項目や目標水準、目標期限等が明確化されたものは確認できませんでした。</p> <p>○ 今後は、職員個々の目標管理の仕組みづくりを検討することで、職員一人ひとりの育成に向けた取り組みが望まれます。</p>		

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」は法人理念や基本姿勢に明確に示されています。事業所単位で年間を通じた研修計画が策定されています。今年度は、新型コロナウイルス感染症により、参集した形での内部研修・外部研修の実施は、やりにくい状況であるため、インターネットを通じたビデオ研修や資料の閲覧、報告書での確認が行われています。 ○ 今後は、職員に求める専門技術や専門資格を明示することによって、更なる研修の充実が望まれます。 		
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"> ○ 職員ごとの資格取得状況を把握され、新任職員に対しては、新任研修カリキュラムに基づいて、指導担当者による研修やOJT（職務に通じた研修）が実施されています。また、階層別の本部全体研修、職場内の研修を通じて、知識水準を高めるとともに、外部研修等の資格取得に関する支援として、有給休暇を取得しやすくする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"> ○ 事業計画の「人材確保の強化」の中に、インターンシップや学生ボランティア、実習生等の受け入れに関する考え方が文書化されています。保育士や社会福祉士、介護福祉士等の実習生の受け入れを想定した実習受け入れマニュアルが整備されていますが、専門的なプログラムの策定には至っていません。実習生については学校側のプログラムに基づいて、受け入れが行われています。 ○ 今後は、専門職種の特性に配慮したプログラムを用意し、実習指導者研修の充実が望まれます。 		

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"> ○ 運営の透明性を確保するために、ホームページを活用し、法人理念、基本姿勢、福祉サービスの内容、事業報告、決算報告、苦情公表報告、第三者評価関連等の情報公開がされています。地域においても施設の存在意義や役割を説明する手段として、玄関前の施設掲示板に広報誌を掲示しています。 ○ 今後は、地域に施設の法人理念や基本姿勢、事業所で行っている活動等を説明した印刷物や広報誌を配布する等、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
<p>〈コメント〉</p> <p>○ 法人内の基準書（経理基準書）や規定（購買管理規定、職務権限規程）等により、ルールを明確にして職員に周知されています。監査法人による外部監査が年3回実施され、監査実施後、監査法人より指導や指摘事項等が法人に報告され、必要に応じて改善に取り組んでいます。また、内部監査実施規定が設けられ、内部監査研修修了者を本部事務局が選任し、監査が年に1回実施されています。</p>		

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
<p>〈コメント〉</p> <p>○ 法人理念をはじめ、中期経営計画や事業計画に地域との関わり方が示されています。また、地域の自治会の会合や清掃活動に参加し、年1回の餅つき大会には地域の方も参加され、交流が図られています。今年度は、コロナ禍の状況から実施は困難となっていますが、毎朝の散歩を行うことにより、近隣住民の方に挨拶を交わす等、日常的に関わりが持てるように努めています。</p>		
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> <p>○ ボランティア受入の意義・目的及び基本姿勢をボランティア受け入れマニュアルに明文化するとともに、受け入れに関する事前準備から事後処理までを明示しています。ボランティア受け入れについては、一般中学校に在籍している生徒を受け入れることで、学校教育への協力も行っています。</p> <p>○ 今後は、利用者との交流を図る視点等で、ボランティア等への研修や支援が望まれます。</p>		
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
<p>〈コメント〉</p> <p>○ 地域の社会資源を明示した資料を作成し職員間で共有しています。また、関係機関・団体については、西宮市自立支援協議会の各分科会に参画し、「ワークメイト西宮」から分科会の一つである「しごと部会」の部会長として、他の事業所の利用者のサービス利用の仕方や支援方法等、地域の課題解決に向けて関係機関と解決に取り組んでいます。</p>		

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"> ○ 近隣中学校に、障害者に対する理解を深めるために、事業所が持つ専門性を出前研修の中で発信していきたいと実施を呼びかけていますが、地域への支援活動には至っていません。また、自治会の会合に参加し、清掃活動等で自治会活動に参画するとともに、福祉避難所の協定を結ばれ、地域における防災に貢献しています。 ○ 今後は、事業所が有する資源や機能を地域に還元する取り組み（交流イベント、専門性に基づいた講習会等）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"> ○ 自治会の会合等に参加し、地域の福祉ニーズを把握するとともに、年に1回の民生児童委員の施設見学会を通じて、地域の民生委員との交流や相談できる関係づくりが行われています。事業計画や中期経営事業計画にも地域との交流や公益的な事業に向けて、地域のイベントの企画や提案をするなど、地域の活性化に向けて計画を行っています。 ○ 今後は、地域住民に対する相談支援事業を実施するなど、事業所の専門性や特性を活かした多様な支援活動が望まれます。 		

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、利用者尊重の基本方針が具体的に示され、事業所内研修によって、職員への周知が図られています。また、利用者会議等で利用者と話し合う機会を設けるとともに、虐待権利侵害指針や虐待防止セルフチェックで、日々の姿勢を振り返る機会を設けています。 ○ 今後は、利用者の尊重や基本的人権への配慮について支援マニュアルに反映することで、利用者を尊重する姿勢を日々の支援にお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。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ プライバシー配慮事項や虐待発生時のフローチャートを整備され、個人ロッカーの整備やパーティションによる個別空間の設置など、プライバシーに配慮した環境整備が行われています。また、全職員が法人手帳を携帯し、職員の行動基準や心得について周知されています。 ○ 今後は、不適切な事案が発生した場合の対応方法等を権利侵害に関する防止マニュアルに反映するとともに、利用者や家族に権利擁護に関する取り組みを継続的に周知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"> ○ ホームページやパンフレットをはじめ、事業所の取り組みを紹介する「事例集」を作成し、社会福祉協議会など関係機関等に配布することで、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、見学や実習などを積極的に受け入れています。 ○ 今後は、説明の手順や方法、留意点を明文化することで、さらに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"> ○ サービスの開始・変更にあたっては、契約書に加えて、ルビ付きの重要事項説明書を整備され、利用者や家族に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、更に利用者の自己決定に基づく契約への工夫を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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 短期入所においては、サービス終了後に引き継ぎ事項を利用カードに記入して、継続性に配慮した対応の仕組みがうかがえました。また、一般就労への移行に際しては円滑に引継ぎできるよう、ケース資料を作成するとともに、退所後の相談体制に関するお知らせを配布し説明や引き継ぎが行われています。 ○ 今後は、他の福祉施設・事業所や地域・家庭への移行にあたり、退所のしおりに作成するなど、引継ぎ手順とアフターフォローの窓口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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 年に1回、利用満足度アンケートを実施するとともに、家族との個別懇談や「利用者会議」を通じて、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、把握された要望やアンケートの分析結果は、適時、家族へ報告が行われています。 		
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
<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手順を具体的に定め、掲示するとともに、それにもとづいて利用者及び家族にフィードバックされ、必要に応じて、第三者委員等の検討を経て、家族懇談時に公表していることがうかがえます。また、苦情にて上がった内容については、研修計画に盛り込み、サービス改善を図っています。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 年度初めに職員の顔写真付きのお知らせを配布するとともに、掲示板に個人に配慮した相談体制の掲示をし、日常の支援を通じて、相談室や短期入所の居室などを活用し、随時行われていることがうかがえます。 		

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"> ○ 日常的に、ケース担当者が中心となって、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。また、相談支援マニュアルを整備し、意見箱や利用者アンケートを通じて出された意見は終令時に迅速に検討され、記録されています。 ○ 今後は、相談や意見を受けた際の利用者へのフィードバックや対応について、明確にしていくことが期待されます。 		
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"> ○ 安全衛生委員会を中心に、安全管理に関する保守点検等が行われ、毎日の終礼時にはインシデントについて確認し、緊急性に応じて対応策を検討しています。また、ヒヤリハットの情報や事故報告、苦情をあわせて分析し、今後起こりうる対応策が検討されています。 ○ 今後は、職員の参画のもと、安全確保策の実施状況や実効性について、定期的に評価・見直しを行う仕組みを明確に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。	a
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 感染症対策については安全衛生委員会を中心に管理体制を整備し、施設内感染予防対策手順など感染症に対するマニュアルが整備され、定期的に見直されています。今年度は、新型コロナウイルス感染拡大防止のためのルールを新たに作成し、手順に基づき予防対策を徹底されていることがうかがえました。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 地震、洪水を含む地域で想定される災害に順じたマニュアルを整備され、自衛消防組織を定め施設内に掲示しています。毎月、火災や地震を想定した避難訓練が実施されており、年2回は消防署と連携した訓練としています。また、緊急時情報シートにて通勤途中に利用者がどこにいるか把握できるようにしており、非常食等の備蓄も確認できました。 ○ 今後は、短期入所における災害対応について明確にしていくことが期待されます。 		

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。	b
<コメント> ○ 法人全体のQMS(クオリティ・マネジメント・システム)に基づき、サービスの標準化のため、業務のマニュアル化が図られ、ISO基準によって各支援における手順書が作成されています。また、排泄や食事、作業などサービスに関する標準的な実施方法についての確認を法人間で行っており、質の向上が図られています。 ○ 今後は、短期入所事業をはじめ、現在行っている支援を整理し、職員が統一した考え方のもと支援が行えるよう、標準的な実施方法の研修を行い、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
<コメント> ○ マニュアル(手順書)の見直しは、QMS(クオリティ・マネジメント・システム)に基づき、半年に1度、会議などで挙げられた意見にもとづいて検討され、随時、修正が行われています。 ○ 今後は、利用者の参画のもと、サービスの標準的な実施方法について検証し、個別支援計画など利用者の取り組みの状況に合わせて、見直していく仕組みを確立していくことが望まれます。		
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支援計画を適切に策定している。	b
<コメント> ○ 個別支援計画実施手順に従って、サービス管理責任者と担当者を中心に、利用者個々の周辺環境、支援員・看護師の気になる点、本人や家族の意向など詳しくアセスメントが実施され、個別支援計画作成会議を経て、一人ひとりの実態に即した個別支援計画が策定されています。また、個別支援計画の進捗状況は毎月ケース記録に記載され、支援困難ケースにおいては、療育支援事業を活用し、外部有識者の意見を取り入れながら支援されています。 ○ 今後は、さまざまな職種の関係者が参加して、アセスメント等の協議を行うことで、さらに利用者の支援ニーズ(目標達成のための課題)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
<コメント> ○ 個別支援計画の評価見直しについては、個別支援計画実施手順に従って、6か月に一度、利用者や家族との面談を通して、意見を交えながら見直し、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、サービス管理責任者と担当者にて、変更を相談し、速やかに対応を行っています。 ○ 今後は、個別支援計画の内容をマニュアルへ反映していくことでサービスの改善に繋がっ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。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 支援記録は内容が施設内で共有できるようパソコンシステムを活用して、終礼で話し合われた内容などサービスの実施の様子をケース記録・作業現場の記録・業務日報に記入し、情報の共有が行われています。また、ケース記録マニュアルを作成し、記録の書き方の記入例を提示するなど、適切な記録への工夫がうかがえます。 ○ 今後は、短期入所事業における個別支援に基づいた記録を明確にするとともに、組織における情報の流れを明文化され、利用者情報が的確に届く仕組みの構築が望まれます。 		
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"> ○ 利用者に関する記録の管理について、法人で定められた、個人情報取扱要綱や品質記録リストに記録の保存方法、保存年数、破棄に関する規定が定められ、「事業所で行う個人情報規定」に基づいて職員に周知するとともに、個人情報の取り扱いについて、定期的に利用者への同意も含めて説明が行われています。 ○ 今後は、個人情報の不適切な利用や漏えいした場合の対応について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"> ○ 自分の意思を伝えるツールを生活のあらゆる場面で個別に設定し、主体性を引き出せるよう配慮されています。また、利用者会議を定期的開催し、行事や作業について、利用者自らが内容について決めて行く話し合いが行われており、利用者の自己決定を尊重した支援がうかがえました。 ○ 人権侵害について、是正予防処置報告書に、権利侵害にまつわる社会事象を明記し、職員会議で虐待や不適切支援の研修が行われています。職員の権利侵害防止に関する指針を掲示し、身体拘束禁止・虐待防止マニュアルを整備するとともに、再発防止計画や虐待未然防止チェックリストを用いて職員が日々の支援を客観的に振り返る機会を設けています。 ○ 今後は、生活や趣味活動等について利用者の意思と希望を明確にすることで、具体的な支援方法を明確にするとともに、権利侵害の防止等のために具体的な内容・事例を利用者に周知していくことで、さらに利用者を尊重する取り組み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。	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。	b
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。	非該当
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

- 就職を目指す方や日常生活の支援が必要な方など自立に配慮した個別支援が展開されており、グループホームの見学や就労した利用者の体験談など、自立生活に向けた具体的な取り組みが行われています。
- 言葉が出ない、活舌の悪い利用者など、意思伝達が難しい利用者には視覚カードなどを利用して、利用者の意思を表出できるよう工夫がうかがえます。また、聴覚障害においてパソコンを利用したり、ダウン症の方の口腔機能向上のための運動を取り入れたり、コミュニケーション能力を高める取り組みが行われています。
- 事業所内で自閉症支援の基礎研修を実施し、支援方法等の検討と理解・共有を行っています。特に個別的な配慮が必要な利用者に対しては、細かな支援方法や変化を随時記録し、障害特性に応じた具体的な支援や活動環境を整えています。
- 短期入所事業では、アセスメントやサービス等利用計画に基づき、利用者の心身の状況に応じて、食事への配慮や機械浴を使用するなど、多様な日常生活支援が行われています。
- 作業活動に加えて、個々の生活機能の向上を目的とし、看護師との連携のもと口腔体操、腰痛予防体操、買い物訓練、洗濯訓練、歯磨き訓練などの生活訓練が行われています。
- 利用者及び家族の意向に沿って、相談支援センターとの連携のもとガイドヘルパーやグループホーム、家事援助など、必要に応じて社会資源の利用支援が行われています。
- 家族等の交流に関して、年1回、「ワークメイトを知ってもらう会」を行っています。また、定期的に家族との懇談会を開催し、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っています。
- 現在、生活介護事業の開始に伴い、多様なニーズを持つ利用者が利用されていることがうかがえます。今後は、休息場所や個別支援環境の整備など、利用者のニーズに合わせた快適な活動環境を充実させていくことが望まれます。
- 多様な生活支援の中で、利用者の意向や家族の意見を踏まえて、意思決定支援の考え方やルール作りを明確にしていくことが望まれます。

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。	非該当

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。	b
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。	b
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。	b

特記事項

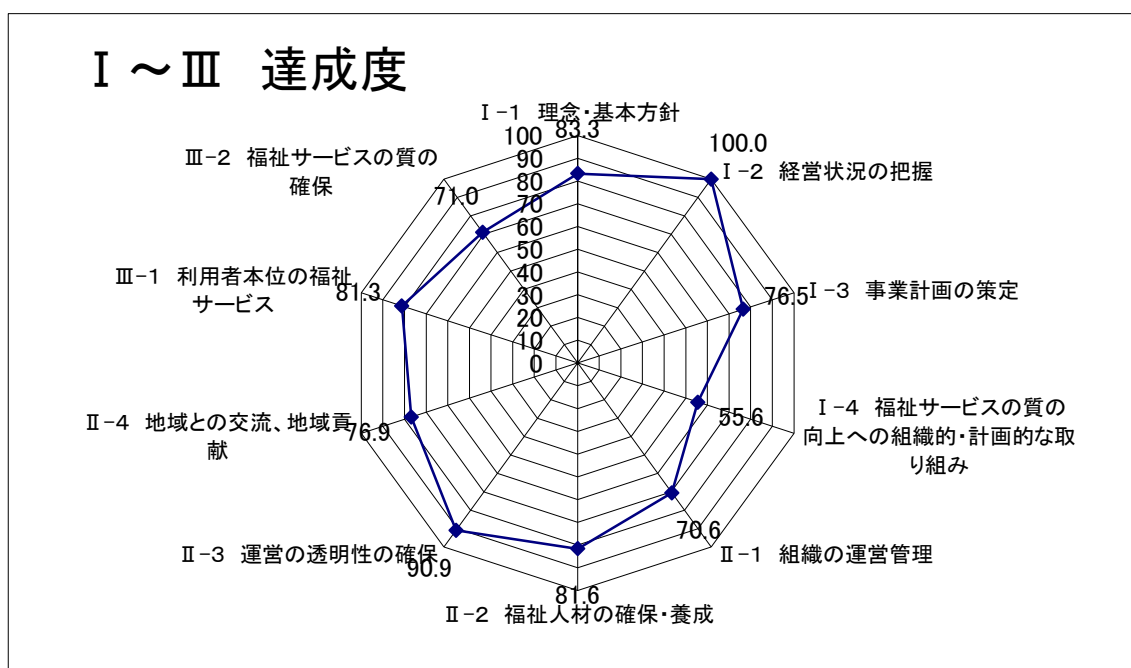
- 西宮市就労生活支援センターアイビーとの連携のもと、就労の為の実習への取り組みや就職した利用者の話を聞く機会を通して、就職のイメージ作りを行うとともに、働くために必要なマナー、知識・技術の習得や能力の向上に取り組まれています。
- 作業を通じて社会参加と生活の向上を図ることを方針として、就労継続支援B型事業では1日7時間の作業時間とし、一般就労に近いプログラムになっています。また、生活介護事業も併せて、利用者の意向や体力・障害の状況に応じて日々の取り組みを設定し、利用者の特性に合わせて補助具を作成・使用し、だれもが取り組めるように配慮しています。
- 今後は、賃金（工賃）等を利用者にわかりやすく説明するとともに、地域の企業、関係機関、家族等との連携・協力のもとに、障害者が働く場における「合理的配慮」を促進する取り組みや働きかけが望まれます。

(別紙2)

各評価項目に係る評価結果グラフ(多機能)

I～III 達成度

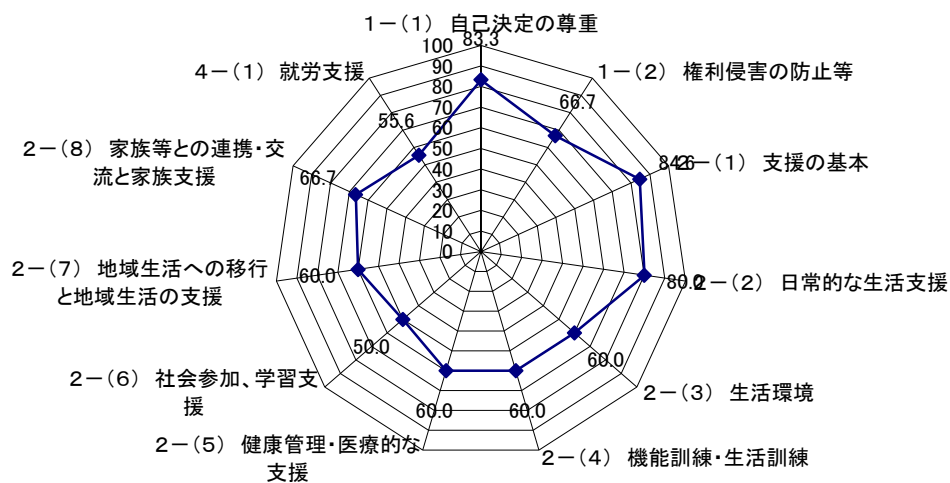
	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
I-1 理念・基本方針	6	5	83.3
I-2 経営状況の把握	8	8	100.0
I-3 事業計画の策定	17	13	76.5
I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取り組み	9	5	55.6
II-1 組織の運営管理	17	12	70.6
II-2 福祉人材の確保・養成	38	31	81.6
II-3 運営の透明性の確保	11	10	90.9
II-4 地域との交流、地域貢献	26	20	76.9
III-1 利用者本位の福祉サービス	64	52	81.3
III-2 福祉サービスの質の確保	31	22	71.0
	227	178	78.4



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	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	3	60.0
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	5	3	60.0
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	4	66.7
4-(1) 就労支援	18	10	55.6
	91	63	69.2
	318	241	75.8

A 達成度

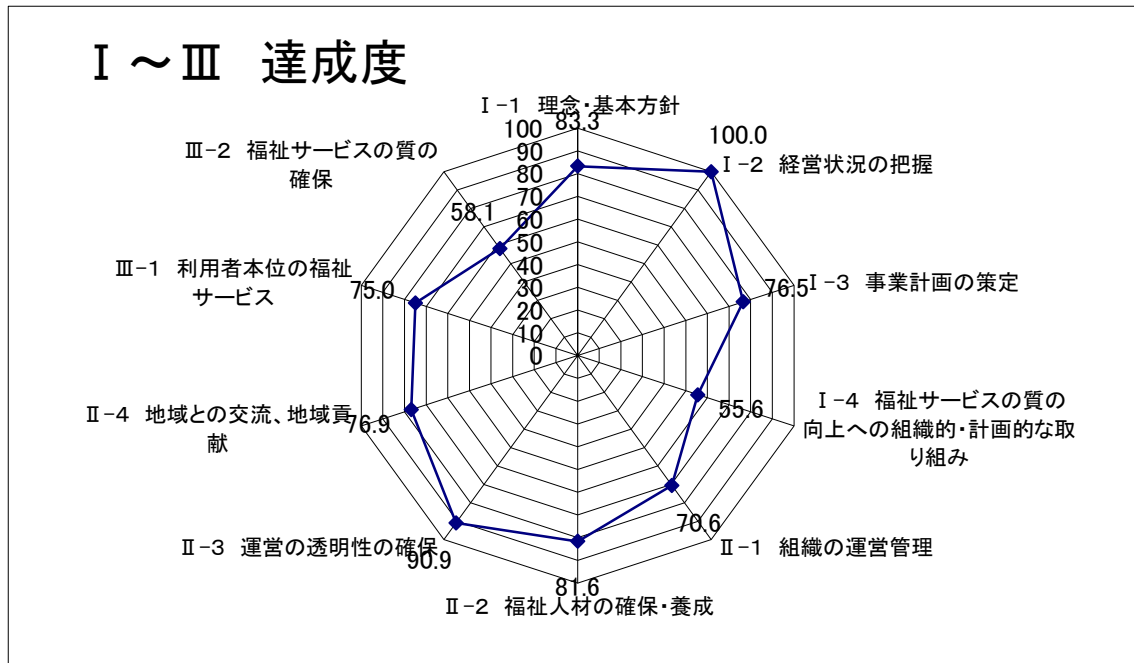


(別紙2)

各評価項目に係る評価結果グラフ(短期入所)

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	5	55.6
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	10	90.9
II-4 地域との交流、地域貢献	26	20	76.9
III-1 利用者本位の福祉サービス	64	48	75.0
III-2 福祉サービスの質の確保	31	18	58.1
	227	170	74.9



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	4	3	75.0
1-(2) 権利侵害の防止等	6	2	33.3
2-(1) 支援の基本	24	17	70.8
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	2	40.0
2-(5) 健康管理・医療的な支援	5	3	60.0
2-(6) 社会参加、学習支援	2	1	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	4	66.7
	67	44	65.7
	294	214	72.8

A 達成度

