

兵庫県福祉サービス第三者評価
評価結果報告書

施設名 : ジョイガーデン
(救護施設)

評価実施期間 2018年8月3日 ~ 2019年3月31日

実地(訪問)調査日 2018年 11月 5日

2019年2月7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：ジョイガーデン	種別：救護施設		
代表者氏名：森田 智裕	定員（利用人数）：	100（100）	名
所在地：〒679-4232 兵庫県姫路市林田町上伊勢 1137-1			
TEL 079-268-8000	ホームページ：http://www.joygarden.jp/		
【施設・事業所の概要】			
開設年月日：平成17年12月16日			
経営法人・設置主体（法人名）：社会福祉法人 太陽社会福祉事業協会			
職員数	常勤職員：	28名	非常勤職員：5名
専門職員 ※（ ）はうち非常勤職員を明示	施設長	1名	看護師 2名
	事務員	2名	栄養士 1名
	生活指導員	2名	介助員 1名
	相談員	2名	嘱託医 1（1）名
	介護職員	19（2）名	宿直員 2（2）名
施設・設備の 概要	居室	55室	
	食堂	1室	
	大浴場	1室	
	作業室	1室	
	集会室	1室	
	医務・看護室	1室	

③ 理念・基本方針

- ・日本一利用者を大切にする救護施設となる
- ・地域の誇りとなる

④ 施設・事業所の特徴的な取組

- ・日中活動の充実（館内作業・太陽公園作業・下請け作業・農園作業）
- ・個別支援の充実（担当職員による外出等個別時間の設定）
- ・クラブ活動を含めた、外出行事の充実（季節に合わせた行事の実施）
- ・各職員の意見収集を目的とした会議設定（G会議、スタッフ会議、リーダー会議等）

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成30年 8月 3日（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）	初回（平成30年度）

⑥総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>○ 充実した研修のもと、職員育成の仕組みを整備するとともに、各種会議を通じて、職員の見を集約し、組織だった運営がなされています。</p> <p>職員一人ひとりの自己評価を基に職員個々に応じた研修計画が立てられ、職員の質の向上に向けた体制が明確になっています。また、各グループでの会議やリーダー会議を通じて職員の見を把握し、サービスの内容が検討され、組織だった運営体制の整備が行われています。</p> <p>○ 利用者の見や要望を聞く機会を設け、利用者の見を尊重する支援が行われています。</p> <p>法人理念や実践的目標に、利用者尊重の基本姿勢を明示しており、利用者の見を尊重することを職員間の共通認識として持たれています。具体的には、毎月、利用者、職員も含めた懇談会を行い、利用者の希望を聞く機会を設けることで、見表示を引き出せるよう配慮されています。また、利用者の意向に沿って、レクリエーションやクラブ活動を実施され、利用者のモチベーションの向上につなげています。</p> <p>○ 個別支援計画のもと、多様な活動を通じて、幅広い利用者の特性に応じた自立支援を組み立てています。</p> <p>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、日中活動は、作業やレクリエーションをはじめ、個別外出など、多様な活動メニューを用意し、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。また、利用者の地域生活への移行を目的に、施設が近くのアパートを借り上げ、居宅訓練事業を通じて、今後の単身生活に移行できるよう支援されています。</p>
<p>◇改善を求められる点</p> <p>○ 今後の事業運営を具体的に示した中・長期事業計画を策定していくことが課題です。</p> <p>社会の情勢や利用者のニーズに対応するためには、中・長期的な視点に立って、実施する福祉サービスの内容、組織体制や設備の整備、人材育成等を具体的に示した事業計画を策定していくことが重要です。</p> <p>○ 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。</p> <p>昨今、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（改善のためのサイクル）を確立していくことが重要です。</p>

○ 就労支援をはじめ、施設としての取り組みを明確にして、プログラム化していくことが望まれます。

各場面において、利用者一人ひとりの生活状況に応じた個別支援が行われており、利用者個々には、社会自立に向けた多様な支援が提供されていますが、個々の取り組みにとどまり施設全体の仕組みは明確ではありません。今後は、就労支援をはじめ、利用者の意思決定支援や家族との連携などの支援についてプログラム化されることで、より明確に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

施設の取り組み（組織体制や利用者支援）について、振り返りが出来る貴重な機会をいただきました。

第三者の評価を受け止め、強みを伸ばし、弱みを是正していきたいと思っています。

利用者の方々の声が聞けたことがよかったです。

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> ○ 「ノーマライゼーション」理念を基本とした法人理念と、利用者本位を中心とする具体的な実践的目標を文章化し、ホームページ等に掲載するとともに、職員会議や研修会において、職員に周知されています。 ○ 今後は、事業所の基本的な考えを整理し、体系化していくことで、さらに利用者や家族に分かりやすく周知していく取組が望まれます。		

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については、救護施設の協議会による情報をもとに把握し、コスト分析、利用率の分析においては、施設内リーダー会議で検証し、職員会議での周知がなされています。 ○ 今後は、地域での特徴・変化等の経営環境や課題を文書化し、事業計画に反映することで、より明確にしていくことが望まれます。		
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。	b
<コメント> ○ 施設における経営課題については、リーダー会議で協議し、理事会や職員会議で明示され、改善の検討が行われています。 ○ 今後は、経営課題について、改善に向けた計画を立案し、実施するに至るまでのプロセスを明確にしていくことが望まれます。		

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
<コメント> ○ 事業計画には中・長期的な目標が設定されており、それにもとづいた事業所の具体的な年度事業計画が策定されていますが、中・長期計画の策定には至っていません。 ○ 現在、中・長期計画の策定に取り組まれており、今後、中・長期的な目標と連動したより具体的な事業計画を策定されることを期待します。		
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
<コメント> ○ 昨年度の事業報告にもとづいて、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、把握されている現状の課題にもとづいて数値化するなど、さらに具体的な内容を明示することにより、中・長期的な目標と、事業計画をより明確に連動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。	b
<コメント> ○ 施設における単年度事業計画は、各部署役職者を中心に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、事業計画の策定や見直しについて、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。	b
<コメント> ○ 毎月行われる懇談会において、利用者には具体的な行事や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。今後は、事業計画を利用者に周知していく仕組みを確立していくことが重要です。		

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		c
<コメント> ○ 福祉サービスの質の向上に向けた取組について、各グループでの会議やリーダー会議をもとに職員の意見にもとづいて検討が行われていますが、質の評価に基づいた仕組みは確立していません。今後は、福祉サービスについて、定期的に自己評価を実施されることにより、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。	c
<p>〈コメント〉</p> <p>○ 第三者評価を改善のツールとして、各事業所の課題解決に活用していく計画はうかがえますが、具体的な取組には至っていません。今後は、職員参画のもとで評価結果に基づいて改善策や改善計画を策定し、見直す仕組みを確立していくことが望まれます。</p>		

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、各会議や職務分掌にて自らの役割と責任として方針を表明するとともに、広報誌を通じて、管理者として事業に取り組む考え方を周知されています。 ○ 今後は、管理者の役割と権限を明確に文書化するとともに、有事における管理者不在時の権限委任等を明確にしていくことを期待します。		
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> ○ 管理者は、法令遵守責任者を担い、施設における遵守すべき法令についての情報を収集し、スタッフ会議等において周知に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、職員等に明確に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> ○ 管理者は、日常的に会議でサービスの質について状況を把握され、職場内研修会を定期的で開催し、サービスの質の向上が図られています。 ○ 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
<コメント> ○ 経営状況については、公認会計士と連携して定期的に分析し、リーダー会議等において、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構築していくことが重要です。		

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"> ○ 人材の確保に関しては、就活サイトの活用や定期的な見学会を通じて、人材の確保が図られています。 ○ 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・定着等に関する方針と具体的な計画を確立し、その計画にもとづいた取組が実施されるような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"> ○ 理念、基本方針及び実践目標により、期待する職員像を明確にし、職員との面談を通じて、職員処遇の改善に努められています。 ○ しかし、人事管理の手法については、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ない。今後は、職務に関する成果や貢献度等を評価する仕組みや人事基準を明確にするなど、人事管理の仕組みを構築していくことが望まれます。 		
2-2- (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"> ○ 職員の就業状況を把握し、職員一人一人の状況に応じて働きやすい環境づくりに努められています。年に1度は、ストレスチェックを行い、心身の健康管理が行われています。また、有給休暇消化制度やノー残業デイの導入により、ワークライフバランスに配慮した体制が整備されています。 ○ 今後は、働きやすい職場づくりを目指し、さらに施設の特異性に配慮した計画的な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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 職員一人ひとりの自己評価を基に管理者と面談され、目標の達成状況を確認し合い、課題について話し合わせ、次年度の目標設定に繋がっています。職員の質の向上に向けた体制が明確になっています。 		
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"> ○ 理念、基本方針及び実践目標により、期待する職員像を明確にし、職員個々に応じた研修計画が立てられ、定期的に計画の評価・分析・見直しが行われています。外部研修促進や事業所内研修が、職員の業務への意欲向上を目的に取組まれています。 ○ 今後は、施設においても具体的な研修計画を作成し、施設の特異性に応じ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。	b
<コメント> ○ 職員個々に応じた研修計画が立てられ、外部研修や施設内研修を充実させることで、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。 ○ 今後は、階層別、職種別等に応じたOJT（日常業務にもとづいた研修）や職員一人ひとりの技術水準、資格の取得状況を明確にしていくことが期待されます。		
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。	c
<コメント> ○ 実習生の受入れについて前年度実績はあるものの、実習の受入れる仕組みは明確ではありません。今後は、実習生の受け入れに関するマニュアルやプログラムを整備していくことで、実習の受入れ体制を充実していくことが望まれます。		

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
<コメント> ○ ホームページ等の活用により、福祉サービスの内容や財政状況等を公表されるとともに、地域に向けて広報誌を配布して、施設の情報を公開しています。 ○ 今後は、施設運営の透明性を確保するための取組として、施設の特異性に配慮しつつ、地域への情報提供を行うとともに、評価や苦情にもとづく改善内容など、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。	b
<コメント> ○ 法人の規程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、公認会計士による専門的な相談・助言が行われています。また法人では、監事による内部監査が実施され、運営の透明性を確保しています。 ○ 今後は、経営・運営に関する諸規定や実施した監査結果を職員に周知していくことで、適正な運営体制について、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
<コメント> ○ 理念・実践目標に、地域との積極的な関わりについて方針を明記され、利用者の買い物及び日常的な活動における社会資源の利用を推進されています。 ○ 今後は、利用者に地域の情報を積極的に提供するとともに、利用者理解を得るための地域の人々と交流する機会が確保されることが望まれます。		

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。	c
<p>〈コメント〉</p> <p>○ 施設の特徴からボランティアの受け入れは、行事への参加にとどまっています。今後は、利用者理解の観点からボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし、体制を確立していくことを期待します。</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。	b
<p>コメント</p> <p>○ 姫路市調整会議への参加をはじめ、姫路市社会福祉協議会林田支部や「はやしだ交流センターゆたりん」への参画により、関係機関との連携が図られていることがうかがえます。</p> <p>○ 今後は、利用者が利用できる社会資源について整理され、職員間での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。</p>		
Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
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> <p>○ 姫路市と福祉避難所の委託契約を結び、地域の人々に対するの災害備蓄（100食分×3日分）を確保されています。</p> <p>○ 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、計画的な取組が望まれます。</p>		
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> <p>○ 地域自治会や民生委員等からの要望や意見を聞き、地域の課題を把握し、地域に貢献できるアウトリーチ型の支援を次年度の事業活動に取り入れる等の取組がなされています。</p> <p>○ 今後は、地域の福祉ニーズにもとづく多様な公益的的事业・活動を計画的に実施する仕組みの整備が求められます。</p>		

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"> ○ 法人理念や実践的目標に、利用者尊重の基本姿勢を明示し、職員は日々の支援に努められています。また、法人グループにおける研修や外部研修の報告により、利用者の権利に関する研修が実施されています。 ○ 今後は、利用者を尊重した支援について定期的に状況の把握・評価等を行い、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"> ○ 居室環境においては、利用者のプライバシー保護のための環境整備が行われています。また、プライバシーの保護や権利擁護の具体的な取組について、職員へ周知が図られています。 ○ 今後は、権利擁護に関する規程やマニュアルを整備するとともに利用者にプライバシー保護と権利擁護に関する取組を周知するなど、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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 写真入りの分かり易い事業所パンフレットを作成し、利用希望者には施設見学や一時体験などを勧め、サービス内容については丁寧に説明され、必要な情報提供が行われています。 ○ 今後は、適宜、提供する情報を検討することによって、言葉遣いや写真・図・絵の使用等でさらにわかりやすい最新の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"> ○ サービス開始時や変更時に当たっては、重要事項説明書にルビを振ったり、福祉事務所の保護担当者に同席をお願いするなど、安心して利用してもらえるように、施設の役割や保護費等についてわかりやすく説明が行われています。 ○ 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、更に適切な運用が図られる事に期待します。 		
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"> ○ 相談員や担当支援員が窓口となり、他の福祉施設・事業所や家庭・地域への移行にあたってフェイスシート、診療情報提供書、看護サマリーを作成し、事前面談で引き継ぎが行われ、不利益が生じないように配慮されています。 ○ 今後は、在宅復帰時に向けた手順書作成や、相談方法を示した文書の整備が期待されます。 		

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
<コメント> ○ 月に一度、施設長と副主任生活支援員が利用者との懇親会に参加し現状報告や利用者からの希望・要望等を聞き取り、利用者満足を把握されています。 ○ 今後は、福祉サービスに向けた利用者満足に関する調査を行い、満足向上に向けた組織としての仕組みづくりが望まれます。		
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
<コメント> ○ 苦情解決の体制が整備され、重要事項説明書に明記されています。また、施設内に意見箱が置かれ、出された苦情については、改善に向けて職員間で話し合い、懇親会や苦情を申し出た利用者へのフィードバックが行われています。 ○ 今後は、利用者の苦情や意見をサービスに取り入れる視点から、苦情内容及び解決結果を公表するなど、苦情をサービス改善に活かす仕組みを明確にすることが望まれます。		
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
<コメント> ○ 利用者からの相談については、担当者が中心となって相談室等を活用し、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
<コメント> ○ 利用者からの意見は、意見箱の設置や懇親会等で把握され、職員会議で改善に向けて検討されています。 ○ 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。	b
<コメント> ○ リスクマネジメント委員会によって、定期的に会議を開催し、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、ヒヤリハットを職員会議で共有がなされ、改善していく仕組みが構築されています。 ○ 今後は、予防の観点から事故発生時の対応と安全確保について責任、手順（マニュアル）等を明確にし、定期的に評価・見直しを行うことで、日常の支援に活かされる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"> ○ 感染症防止マニュアルを整備し、感染症の流行時期や流行の兆しについて、朝礼や職員会議等で注意喚起が行われています。また、毎日、全館換気の時間を設け、全館共用部の消毒を行うなど具体的な取組が行われています。 ○ 今後は、感染症に関する対応について、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している。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 災害防止マニュアルを整備するとともに、裏山をコンクリート壁で土砂災害の防止や食料や備品類などの備蓄が行われています。また、クリーン作戦等を通して、災害時における地域との協力関係を強化する体制を図っています。 ○ 今後は、利用者の安否確認や施設内の防災連携体制など、利用者を巻き込んだ安全対策の充実が期待されます。 		

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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 標準的なサービスの実施方法については、施設独自の業務マニュアルによって文書化され、新人職員研修、OJT（日常業務を通じた職員教育）研修時に職員に周知し、福祉サービスが実施されています。 ○ 今後は、標準的な実施方法の検証について、さらに明確に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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ グループカンファレンス及びスタッフ会議にて、年度末に個々のマニュアルを検証し、見直しが行われています。また、個別ケースの変更に伴い、その都度マニュアルに反映している事例がうかがえました。 ○ 今後は、標準的な実施方法の見直しにあたり、利用者の意見を反映していく仕組みを確立していくことが期待されます。 		

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> ○ 利用者担当者が中心となって、個別支援計画作成マニュアルに従い、日々の状況を把握しながらアセスメントを行い、グループカンファレンスにて看護師、指導員も出席し、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、計画どおりに福祉サービスが行われていることを確認する仕組み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> ○ 個々のサービスの見直しは、利用者の生活状況等を見極め、利用者の意向を確認して、随時行われています。 ○ 今後は、個別支援計画の見直しについてプロセスを明確にしていくとともに、個別支援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げ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
<コメント> ○ 利用者個々の記録は、コンピュータソフトを活用し、統一した様式で個別支援計画に基づいた記録がなされています。また、看護師、指導員等におけるグループカンファレンスやコンピュータネットワークを利用して情報の共有化が図れていることがうかがえました。 ○ 今後は、利用者の情報の流れを職員へ具体的に周知するための手法の明確化が期待されます。		
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
<コメント> ○ 個人情報保護規定等に利用者の記録の管理について明記し、会議等を通じて、職員に周知するとともに、入所時に利用者に説明が行われています。 ○ 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について、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。	c

特記事項

- 毎月、利用者、職員も含めて全体的話し合いを行い、利用者の希望を聞く機会を設けることで、意思表示を引き出せるよう配慮されています。また、生活に関わるルール等の変更については、毎月行っている懇親会にて説明し、同意しています。
- 今後は、人権侵害について、虐待防止や身体拘束に関する規定を定め、利用者の権利意識を高める取り組みを充実させることで、権利擁護をはじめ、利用者を尊重する支援や方法について、明確にしていく必要があります。

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。	b
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。	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。	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。	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。	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

- 金銭管理が可能な方は基本的には自己管理していただいております。嗜好品の購入もフリーショッピングや外出支援を利用して購入して頂くなど、一人ひとりの自律・自立に配慮し、自己決定を大切に、自己管理ができるように支援しています。
- コミュニケーションに配慮が必要な方への支援として、筆談やジェスチャー、文字盤等を使用し、コミュニケーションが行われており、意思表示を引き出せるよう配慮されていることがうかがえます。
- 日中活動は、作業やレクリエーションをはじめ、各クラブ活動など、多様な活動メニューを用意し、支援が展開されています。また、年に3回、姫路に釣りに出かけられるなど、個別の活動や参加しやすい工夫が行われており、利用者支援におけるアクティビティの充実がみられます。
- 利用者の希望に応じて、円滑に居宅生活へと移行できるよう、施設及び訓練用住居を確保し、居宅生活に近い状態で生活訓練を行っています。
- 今後は、障害の多様化に向けて、利用者の意思決定支援や家族との連携などの取組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。

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。	c
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

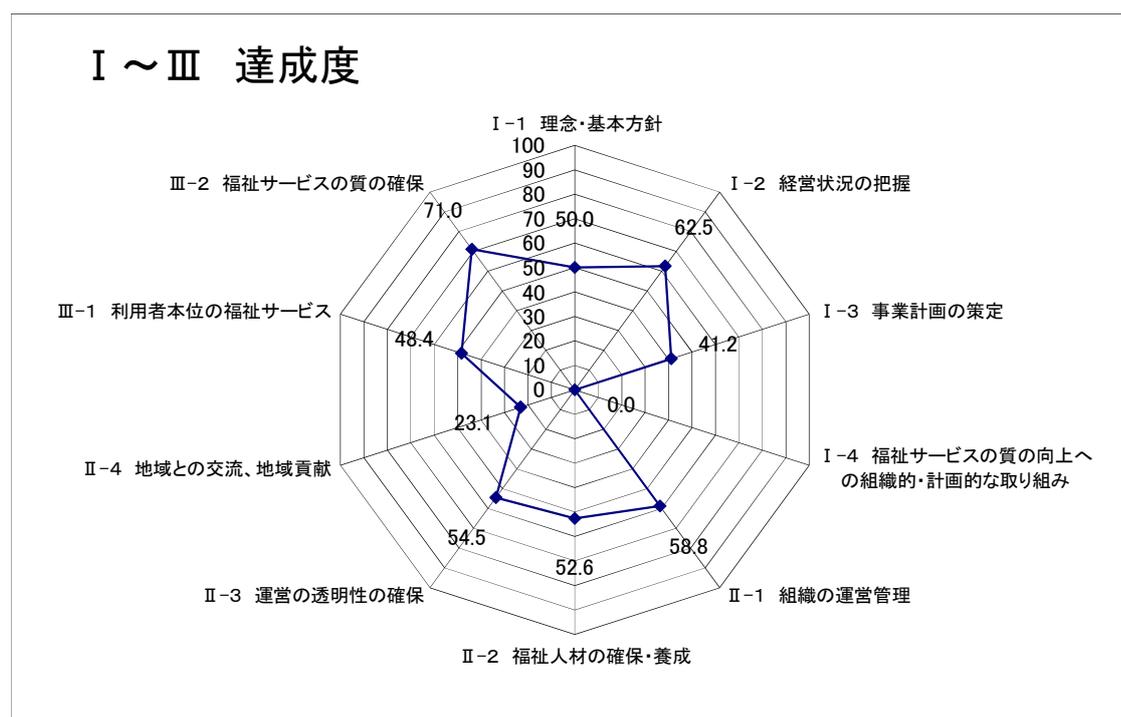
- 労働意欲のある人、一般就労につなげられる人を対象に、個人に応じた配置で、施設内の清掃作業や内職作業またグループ内にある太陽公園、白鳥城の清掃作業などの作業支援を行っています。
- ハローワークと連携して、生活支援事業者への働きかけや支援を行っており、地域に定着した支援活動が展開されています。
- 今後は、利用者の自立生活や自己実現をはかるため、職場開拓と就職活動の支援、定着支援など、具体的な就労に向けた取組を充実していくことが重要です。

(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	3	50.0
I-2 経営状況の把握	8	5	62.5
I-3 事業計画の策定	17	7	41.2
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	0	0.0
II-1 組織の運営管理	17	10	58.8
II-2 福祉人材の確保・養成	38	20	52.6
II-3 運営の透明性の確保	11	6	54.5
II-4 地域との交流、地域貢献	26	6	23.1
III-1 利用者本位の福祉サービス	64	31	48.4
III-2 福祉サービスの質の確保	31	22	71.0
	227	110	48.5



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	4	66.7
1-(2) 権利侵害の防止等	6	0	0.0
2-(1) 支援の基本	26	17	65.4
2-(2) 日常的な生活支援	5	5	100.0
2-(3) 生活環境	5	3	60.0
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	11	8	72.7
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	5	100.0
2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援	6	1	16.7
4-(1) 就労支援	18	5	27.8
	97	51	52.6
	324	161	49.7

A 達成度

