

兵庫県福祉サービス第三者評価  
評価結果報告書

施設名 : 播磨福祉事業館

( 障害者支援施設 )

評価実施期間 2019年10月30日 ～ 2020年4月30日

実地（訪問）調査日 2020年 2月18日

評価決定委員会開催日 2020年 3月 27日

2020年4月24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：播磨福祉事業館		種別：障害者支援施設	
代表者氏名：足立 富佐則		定員（利用人数）： 50名（50名） 生活介護事業50名 施設入所支援50名	
所在地：〒671 - 2234 兵庫県姫路市西脇字西川原 1448-4			
TEL： 079-269-0410		ホームページ： <a href="http://www.harimafukushi.com/index.html">http://www.harimafukushi.com/index.html</a>	
【施設・事業所の概要】			
開設年月日：昭和47年 4月 1日			
経営法人・設置主体（法人名）：社会福祉法人 播磨福祉事業会			
職員数	常勤職員： 14 名	非常勤職員： 10 名	
専門職員	施設長兼サービス管理責任者 1 名	医師 1（1）名	
	生活支援員 17（9）	管理栄養士 1	
	看護師 1	事務員 2	
施設・設備の概要	利用者居室 50	日中活動室	
	機能訓練室	食堂	
	デイコーナー 3	浴室	
	トイレ 4	事務室	

③理念・基本方針

理念：自立と共生/信頼と成長  
 「障害者の自立と自己実現を支える働き」を私たちの使命と銘じ、利用者の皆様と共に、夢と希望を共有しながら、より良質のサービス提供に努め、地域社会との協働による安定成長と信頼確保をめざします。

方針：利用者の意向を尊重し、多様な福祉サービスを総合的に提供できるよう創意工夫することにより、利用者が、個人の尊厳を保持しつつ、自立した生活を地域社会において営むことができるよう支援します。

④施設・事業所の特徴的な取組

<ul style="list-style-type: none"> <li>・ より良い支援の創意工夫、良質のサービス提供</li> <li>・ 施設環境の整備      ・ 地域へ向けた行事への積極的な取り組み</li> </ul>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和元年10月30日（契約日）～ 令和2年 4月30日（評価結果確定日）
受審回数 （前回の受審時期）	4回（平成28年度）

⑥総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>○ <b>地域の関係機関・団体などとの連携をとって、地域住民との交流・地域貢献に努められています。</b></p> <p>地域とのかかわりについては事業計画の中に明示し、年間の行事予定の中に地域の行事が組み込まれています。また、地域に向けた看護師や協力医による健康相談、健康講座を開催したり、毎年小学校の運動会や地域の祭りに参加し、地域住民との交流の機会を設けるとともに、地元での買い物や外出、移動図書館を利用するなど、地域の資源を積極的に活用しています。また、隣接している姫路市太市、太子町の事業者と合同でポッチャーや将棋大会等を開催したり、日中独居の高齢者が多いため年に4回来所してもらえる機会を行事に取り入れているなど地域住民との交流・地域貢献に努められています。</p> <p>○ <b>利用者を尊重する姿勢を明示し、利用者の意見が生活につながるよう支援されています。</b></p> <p>利用者を尊重したサービス提供について、基本方針や「職員倫理規程」において具体的に示され、研修会やチェックリストを用いて、共通の理解を確認する取り組みが行われています。また、日々の支援の実施において、意見の傾聴に努めるとともに、利用者との個別懇談や月に1回全利用者と全職員が集まる全体懇談会を通じて、利用者の生活の要望や意見を把握し、それに基づいた改善が図られており、利用者の意見が生活につながる支援が展開されています。</p>
<p>◇改善を求められる点</p> <p>○ <b>事業所の中・長期計画を明確にすることで、利用者の生活を維持していくための、事業所の役割を明確にしていくことが重要です。</b></p> <p>平成26年経営改善委員会において、経営課題を明確にし、重点目標を定め、解決・改善に向けた具体的な取り組みがうかがえましたが、事業所においての中・長期的な展望は明確ではありません。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、職員体制、人材育成等を具体的に示し、今後の事業方針を具体的に事業計画に明記していくことが重要です。今後は、事業所の特性や強みを活かし、利用者の生活を維持していくための、事業所の役割を明確にしていくことを期待されます。</p>

○ **利用者の高齢化・重度化に伴い、医療的支援が必要な方に対する支援や家族支援の具体化が必要です。**

施設全面建て替えを終え、現在、施設においては、ソフト面の充実に向けて様々な取り組みが行われていることがうかがえます。今後は、利用者の高齢化・重度化に合わせ、利用者の生活支援において想定される医療が必要な方の支援や家族に向けての支援について具体化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**

前回受審した際に、明らかとなった課題や努力を要する点について、ひとつずつ順序立てて改善を図ってきたつもりであるが、今回の受審でも、さらなる課題や改善の必要な点が明らかになり、次への目標を得ることができた。

日々努力し、標準以上を目指して取り組んでいきたい。

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 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> ○ 事業所理念として「自立と共生、信頼と成長」を掲げ、玄関及びパンフレットに明示しています。職員には採用時研修で説明するとともに、事業計画書にわかりやすく明示し、基本方針とあわせて全職員に周知されています。 ○ 今後は、日々の業務の中や職員会議等をとおして、理念に基づいたケアが浸透していくことが望まれます。		

#### 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については、身体障害者施設協議会、経営者協議会等より入手した資料を基に、各会議で検討し把握・分析をされています。また、姫路市、たつの市、太子町3地区の行政、自治会、事業所等との関係を構築し、地域の利用者の状況を把握されています。		
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> ○ 経営課題について、現場の状況報告を踏まえて、事業者部会や役員会で検討・共有されており、具体的な課題や問題点を明確にされ、改善に向けて取り組まれています。また、会議において、経営課題についての検討状況を、職員に周知されています。		

#### 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。	b
<コメント> ○ 平成26年経営改善委員会において、中・長期的な目標（ビジョン）が示されていますが、具体的な取り組みや成果の明示には至っていません。 ○ 今後は、中・長期目標の数値化や具体的な成果などを設定し、実施状況の評価を行える計画にしていけることが望まれます。		

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"> <li>○ 単年度の事業計画は、事業計画策定委員会のもと、前年度の収支、評価に基づいて、目標を設定し立案しています。また、事業計画が形骸化しないよう委員会、役員会で継続的に検討され、具体的な成果を明確にしています。</li> </ul>		
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"> <li>○ 事業計画の策定については、事業計画策定委員会で職員参画のもと策定され、毎月実施される職員会議で月次報告を行い、事業内容の評価が行われています。</li> <li>○ 今後は、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望まれます。</li> </ul>		
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"> <li>○ 事業計画は年に2回発行している機関紙「たけのこ」に掲載し、利用者や家族、地域住民に配布されています。また、行事等の月間予定は利用者の懇談会で説明し、利用者が集うダイルームに掲示されています。</li> <li>○ 今後は事業計画について配布にとどめず、事業方針、事業内容や収支状況が理解しやすいようにわかりやすく説明していく工夫が望まれます。</li> </ul>		

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"> <li>○ 処遇会議などにおいて、福祉サービスの質の向上についてPDCAサイクル(改善に向けたサイクル)での取り組みが実施されています。また、第三者評価を定期的を受審され、サービスのチェックが行われています。</li> <li>○ 今後は、第三者評価などの評価結果の分析、検討、改善に至るまでの仕組みづくりが望まれます。</li> </ul>		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 処遇会議で把握した課題を職員で共有し、マニュアルの整備と業務チェックシートの作成など、改善に向けた取り組みが行われています。</li> <li>○ 今後は課題を文書化し、この取り組みが計画的・継続的に行われることが望まれます。</li> </ul>		

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、事業計画書及び職務分掌に運営方針や自らの役割と責任を明示して、職員に表明されています。また、非常災害対策計画に管理者の不在時の権限委任について明記されています。 ○ 今後は、事故発生時においても、管理者不在時の権限を明確にしていくことが望まれます。		
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
<コメント> ○ 遵守すべき法令等について、身体障害者施設協議会、経営者協議会などの研修に参加され、把握するとともに、内部研修においても各種法令に関する研修を実施し、職員に伝達・周知が図られています。また、利用者に対しても携帯電話の取り扱いやネット通販での適切な対応等について支援していることがうかがえました。		
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> ○ サービスの質の向上を目指し、日々の申し送り、ケース記録、各種会議で利用者の状況を把握し、福祉サービスの質の向上に向けた具体的な取り組みに指導力を発揮されていることがうかがえます。また、積極的な外部研修・内部研修により、職員の資質向上に努めています。 ○ 今後は、管理者自ら福祉サービスの質の現状について定期的、継続的に評価・分析を行うことで、サービスの現状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> ○ 管理者は、経営の改善や業務の実行性の向上に向けて、人事、労務、財務等の状況を踏まえ分析を行い、人員配置、職員の働きやすい環境整備に取り組んでいます。 ○ 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
<コメント> ○ 新人職員育成計画書に職員育成についての方針を明記し、キャリアパス制度に基づいて、資格取得を推進し、必要な福祉人材や人員体制の確保に努めています。 ○ 今後は、サービスの提供に関わる専門職（有資格の職員）の配置等、必要な福祉人材や人員体制について具体的な人事計画を作成していくことが望まれます。		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
<コメント> ○ キャリアパス制度を活用して、期待する職員像を明確にし、チャレンジ目標シート、自己点検チェックシートを用いて、業績評価や個々の能力評価が行われています。 ○ 今後は、職員が、自ら将来の姿を描くことができるよう、現在の施設における職員処遇の水準を明確にしていくことが望まれます。		
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
<コメント> ○ 職員の就業状況について把握し、日頃の職員の健康と安全に留意するとともに、定期的な職員ヒアリングによる悩み相談に応じています。また、子供を持つ母親への短時間勤務や勤務日の調整を行うなど、仕事、余暇の両立を図っています。 ○ 今後は、メンタルヘルスの取り組みなど、さらに施設の地域性や特殊性に配慮した人材確保と定着の取り組みに期待します。		
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
<コメント> ○ 職員一人ひとりの育成では、チャレンジ目標シート、自己点検チェックシートを導入し、個別の面談を通して、目標の達成度の確認が行われています。また、資格取得については職員と一緒に計画を立てるなど、具体的な人材育成の取り組みが行われています。		
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
<コメント> ○ 法人の理念方針に基づいた「職員倫理規程」を明示し、内部での勉強会を含む研修計画に基づいて、職務に応じた研修や勉強会を実施しています。 ○ 今後は、職員に必要とされる専門技術や専門資格を明確にするとともに、研修カリキュラムを評価・見直す仕組みを明確にしていくことが望まれます。		

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"> <li>○ 外部研修への派遣や施設内での研修を充実させることで、正規職員もパート職員も同様に研修参加の機会を設け、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、OJT（日常業務に基づいた研修）担当職員を配置し、新任職員を中心に計画的な研修を実施しています。</li> </ul>		
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"> <li>○ 実習生受入れについて、「実習受け入れマニュアル」を整備するとともに、介護等体験実習など、福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について、積極的な取り組みをされていることがうかがえます。</li> <li>○ 今後は、実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成に関するプログラムを整備するとともに実習指導者に対する研修を実施していくことが望まれます。</li> </ul>		

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"> <li>○ 法人のホームページでは、理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、決算情報などが公開されています。また、広報誌やパンフレットを近隣地域の住民に全戸配布することで、福祉事業への理解を深めています。</li> <li>○ 今後は、施設運営の透明性を確保するための取り組みとして、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望まれます。</li> </ul>		
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"> <li>○ 関係法令に則り、それぞれの職務、管轄において適正な運営が行われています。経理規程や職務分掌表により職員の責任を周知されています。相談や助言は必要に応じて、法人が契約している税理士による専門的なチェックやアドバイスが行われています。また、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。</li> <li>○ 今後は、監査結果に基づく改善について、職員に周知を図っていくことが望まれます。</li> </ul>		

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>○ 地域とのかかわりについては事業計画の中に明示し、年間の行事予定の中に地域の行事も組み込まれています。また、地域に向けた講座を開設したり、毎年小学校の運動会や地域の祭りに参加し、地域住民との交流の機会を設けるとともに、地元での買い物や外出、移動図書館を利用するなど、地域の社会資源を積極的に活用しています。</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>○ ボランティア受入についてはマニュアルを整備し、メガネの点検や理美容をはじめ、行事の時に多くの地域住民の協力を得ています。また、小学校の福祉体験、利用者との意見交換、職場体験実習等など、学校の福祉教育にも協力しています。</p> <p>○ 今後は、ボランティアに対して利用者との交流を図る視点等で必要な研修を実施していくことが望まれます。</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。	b
<p>〈コメント〉</p> <p>○ 計画相談事業所の協力を得て、情報収集を行い、地域における社会資源を紹介し、職員間でも情報の共有が図られています。また、隣接している姫路市太市、太子町の事業者と合同でポッチャーや将棋大会等を開催したり、地区の日中独居の高齢者が多いため年に4回来所してもらえる機会を行事に取り入れるなど地域の関係機関や関係団体と連携した取り組みが行われています。</p> <p>○ 今後は、利用者の社会復帰先の地域にある関係機関とアフターケアに関してのネットワーク化が期待されます。</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。	a
<p>〈コメント〉</p> <p>○ 地域住民が参加できる行事を年間計画に入れ地域に案内し、看護師や協力医による健康相談、健康講座を開催しています。また、福祉避難所として地域住民の災害時の備蓄を準備するとともに、自治会と連携し高齢化の進む地域に施設が集える場を提供することで、施設が有する機能を地域に還元しています。</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> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 各地域との連携や行事参加を通して地域課題を把握し、隣接市町の相談支援事業所と協力のもと、ニーズに応えられるよう短期利用の整備を進めています。</li> <li>○ 施設の機能を地域に還元し、交流の機会を通じて福祉ニーズの把握に努めていますが、それらの具体的な取り組みが事業計画にうかがえません。今後は、把握した福祉ニーズにもとづいた具体的な事業・活動を、事業計画で明示していくことが期待されます。</li> </ul>		

### 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"> <li>○ 利用者を尊重したサービス提供について、基本方針や「職員倫理規程」において具体的に示され、職員会議において、職員への周知が図られています。また、虐待防止や接遇面の研修も実施し、職員個人が虐待チェックシートで自己確認できる取り組みが行われています。</li> <li>○ 今後は、利用者の尊重や基本的人権への配慮についての研修を実施することで、利用者の権利を高める取り組みについて明確にしていくことが望まれます。</li> </ul>		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 利用者の権利を守るにあたり施設での生活の質の向上を目指し、全室個室としてそれぞれのプライバシーが確保できるようにしています。また、生活支援マニュアルの中でもプライバシーへの配慮が記載され、それに基づいた研修や自己チェックの取り組みを行っています。</li> <li>○ 今後は、権利擁護に関して、具体的な取り組みや事例を利用者に周知していくことが期待されます。</li> </ul>		
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"> <li>○ ホームページやパンフレットをはじめ、事業所を紹介する資料を作成し、生活環境や行事、作業内容などを写真で説明できるようすることで、選択に必要な情報提供を行っています。また、希望があれば2泊3日は体験できるよう支援するなど、入所希望者が納得して利用できるよう、配慮されています。</li> <li>○ 今後は、入所希望者がパンフレット等を入手しやすいよう広範囲の公共施設に置かれることが望まれます。</li> </ul>		
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"> <li>○ 利用契約時には、重要事項説明書及び「サービス利用説明書」など詳細な資料をファイリングし、写真を活用して説明できるよう障害特性に応じた説明が行われています。</li> <li>○ 今後、重複障害や外国籍の障害者等、意思決定が困難な利用者や家族への配慮についてルール化していくことが期待されます。</li> </ul>		

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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ サービスの変更時や退所時は、移行先市町村や相談支援事業所など、関係機関と相互に連絡を取り、生活に困らないよう引継ぎを確実にできるマニュアル・手順書を作成し、継続性に配慮するとともに、必要に応じて引き継ぎ資料を作成・提供しています。また、退所後も相談できる体制を明記し、利用者等に周知しています。</li> </ul>		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 利用者との個別懇談や月に1回全利用者及全職員が集まる全体懇談会を通じて、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。</li> <li>○ 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まれます。</li> </ul>		
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"> <li>○ 苦情解決の仕組みについては、受付から解決処理までの手順を定め、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、会議等の検討を経て、サービスの質の向上を図っていることがうかがえます。また、全体的な内容については、デイコーナーの苦情コーナーに提示して、利用者等に周知しています。</li> <li>○ 今後は、利用者の苦情や意見を取り入れる方法を明確にするるとともに、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示することが望まれます。</li> </ul>		
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"> <li>○ 利用者が必要に応じて相談や意見を述べられるように、全体懇談会の開催や担当職員を配置するとともに、日常の支援を通じて、相談室や居室を活用し、随時相談が行われていることがうかがえます。</li> <li>○ 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、相談や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。</li> </ul>		

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"> <li>○ 利用者からの相談・意見については、懇談会やグループ研修に加えて、日常的に、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、出された相談・意見については、随時会議等で検討されて改善に取り組まれていることがうかがえます。</li> <li>○ 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。</li> </ul>		
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"> <li>○ 事故防止検討委員会を設置し、事故対応マニュアルを整備することで、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、ヒヤリハット事例があれば、報告書を作成して朝礼で報告し、職員に注意喚起を行いミーティングや会議で検討し再発防止に努められています。</li> <li>○ 今後は、事故防止策など安全確保の実施状況や実行性について、定期的な評価・見直しが見込まれます。</li> </ul>		
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"> <li>○ 「感染症マニュアル」を整備し、看護師が中心となり嘱託医の協力も得ながら内部研修を実施し、安全確保のための体制を整備しています。また、日ごろから通院時はマスクを着用したり、手洗いの奨励と手すりやドアノブ等の消毒など、感染予防に努めています。</li> </ul>		
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"> <li>○ 「非常災害対策計画」を整備し、地震・火災・土砂災害に対する対応体制が定められています。また、「利用者別の避難計画」により、消防署と連携のうえ、定期的に避難訓練、夜間想定の実施を行っています。また、地域とも災害等について話し合い、災害時に地域住民の受け入れが行えるよう十分な災害備蓄も行っています。</li> <li>○ 今後は、あらゆる状況に応じて、利用者及び職員の安否確認の方法を明確にしていくことが望まれます。</li> </ul>		

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
<p>〈コメント〉</p> <p>○ サービスの標準化については、「生活支援マニュアル」において、生活場面ごとに支援の方法や留意点が文書化され、研修や職員会議において、周知が図られています。また、定期的に支援チェック表によって、標準的な実施方法にもとづいて実施されているかどうかの確認が行われています。</p>		
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
<p>〈コメント〉</p> <p>○ 研修時に、マニュアルの見直しについて、スタッフの感想を聞く機会を設定し、福祉サービス内容の標準的な実施方法の検証と見直しが組織として継続的に行われています。また、検証・見直しにあたっては、全体懇談会や個別支援での意見をまとめ、職員や利用者等からの意見や提案が反映されるような仕組みを構築しています。</p>		
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。	a
<p>〈コメント〉</p> <p>○ サービス管理責任者が中心となって、定められた手順により、ケース担当者によってアセスメントが実施され、看護師・栄養士も含めた個別支援計画作成会議を通じて、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。また、毎朝夕のミーティング時に個別対応について伝達し、情報を共有しています。</p>		
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
<p>〈コメント〉</p> <p>○ 個別支援計画の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り、個別支援計画作成会議をベースに専門職の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、朝夕のミーティングにて、変更を相談し、速やかに対応を行っています。</p> <p>○ 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。</p>		



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
<コメント> ○ 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、サービスの実施の様子をケース記録に記入し、毎朝夕のミーティング時に、利用者への個別対応等について伝達し、情報の共有が行われています。 ○ 今後は、職員で記録内容や書き方に差異が生じないように、記録要領の作成や研修を実施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
<コメント> ○ 利用者に関する記録の管理について、個人情報の規定に詳細に記載しており、重要事項説明書、個人情報使用同意書にて説明、同意が行われています。また、職員に対しては、採用時研修や職員倫理研修によって、個人情報の漏洩等が無いよう教育・研修が実施されています。		

## 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
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

#### 特記事項

○	利用者の自治会組織があり、職員側と連携をとりながら催し物などを検討する機会を提供しています。また、生活場面における服装や嗜好品については、個別に合わせた配慮や支援が具体的に行われ、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、月1回の懇談会で、利用者へ権利擁護の研修を受けたことの報告をしたり、グループ研修時や個別相談を設けたりすることで、利用者へ周知しています。
○	「身体拘束廃止対策等行動制限防止に係る規定」を整備し、職員・倫理身体拘束内部研修を通して、具体的な手続きと実施方法を周知し、権利擁護をはじめ利用者を尊重する取り組みを明確にしています。

### 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。	a
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。	a
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。	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。	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

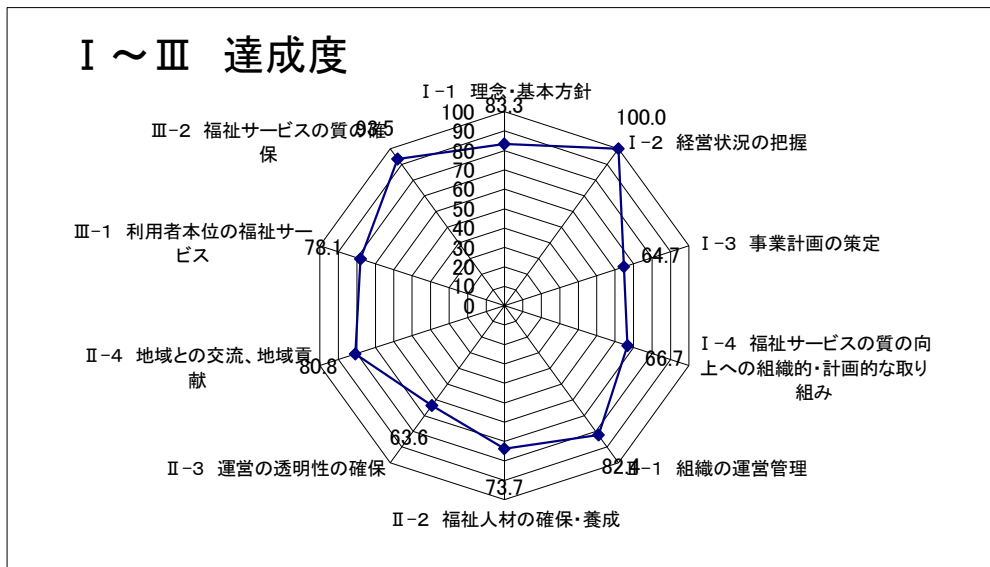
- 居室へ閉じこもってしまわぬよう、選択できる日中活動や、ボール投げ、オセロ、カラオケ、クラブ活動等様々な行事を企画し、日常生活に変化を与え、また様々なことへ関心を向ける工夫をして支援しています。
- それぞれのケース担当職員が、行政手続きや補装具申請手続きなどの支援について、本人の了解の上で代行しています。また、場合によっては、本人と一緒に手続きに出かけるなど、自律・自立生活のための支援を行っています。
- 筆談や文字盤、トーキングエイドを必要に応じて活用し、利用者の心身の状況に応じたコミュニケーションを図る配慮が行われています。
- バーベキュー大会、粉もんパーティー、流しそうめん、鍋パーティー、手巻き寿司パーティーなど、利用者からの希望をもとに、様々な催しを行い、利用者の自由な意向によって参加できるよう支援しています。
- 障害別外部研修への参加や知的障害への理解を深めるため、他施設への見学・勉強会を実施し、障害に関する専門知識の習得と支援の向上を図っています。
- 日常生活支援については、個別支援計画をもとに、支援の留意点を朝夕のミーティングにて共有し、食事、排泄、入浴まで多様な支援が展開されています。
- 日常生活動作の中での意図的な機能訓練として、パソコン操作を取り入れるとともに、週2回の理学療法士によるリハビリ指導が行われています。
- 嘱託医の定期的な訪問や、看護師、栄養士による健康講座を開催し、利用者の健康管理が行われています。
- 今後は、利用者の高齢化・重度化に合わせ、医療的支援が必要な方に対する支援と安全管理体制を整備し、標準化を図られることが望まれます。
- 今後は、家族に対して、利用者の生活状況を定期的に報告していくとともに、具体的な家族支援について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	6	66.7
II-1 組織の運営管理	17	14	82.4
II-2 福祉人材の確保・養成	38	28	73.7
II-3 運営の透明性の確保	11	7	63.6
II-4 地域との交流、地域貢献	26	21	80.8
III-1 利用者本位の福祉サービス	64	50	78.1
III-2 福祉サービスの質の確保	31	29	93.5
	227	179	78.9



## 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	6	6	100.0
1-(2) 権利侵害の防止等	6	6	100.0
2-(1) 支援の基本	26	26	100.0
2-(2) 日常的な生活支援	5	5	100.0
2-(3) 生活環境	5	5	100.0
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	10	6	60.0
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	3	60.0
2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援	6	3	50.0
	78	67	85.9
	305	246	80.7

