

兵庫県福祉サービス第三者評価
評価結果報告書

施設名：真生園

(障害者支援施設)

評価実施期間 2020年7月21日 ～ 2021年1月31日

実地（訪問）調査日 2020年10月14日

評価決定委員会開催日 2020年12月8日

2021年1月27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11-1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：真生園	種別：障害者支援施設		
代表者氏名：大橋 幸司	定員（利用人数）：	60	名
所在地：〒669-5252 兵庫県朝来市和田山町竹田 1958			
TEL：079-674-0131	ホームページ： http://www.kobeseirei.or.jp		
【施設・事業所の概要】			
開設年月日：1978年5月10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：	34	名
		非常勤職員：	21
			名
専門職員 ※（ ）はうち非常勤職員を指す	管理者	1	名
	医師	1	（1）名
	支援員	38	（11）名
	看護師	5	（2）名
施設・設備の概要	個室（1人部屋）	本館4室	4人部屋 10室
	個室（1人部屋）	新館11室	食堂 2室
	2人部屋	6室	浴室 2室

③ 理念・基本方針

【神戸聖隷福祉事業団 基本理念】

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じて、社会福祉の向上に貢献します。

私たちが大切にすること（行動規範）

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（いのち）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、幸せな社会福祉の実現に努めます。

【真生園基本方針】

1. 安全で安心できる快適な生活の場や活動の場となる為の充実したサービスを提供します。
2. 互いに交わす挨拶に笑顔を添え、同じ目線に立ち温かいまなざしと優しさで支援します。
3. 利用者一人ひとりの個性や人権を尊重し、誠意をもって支援します。
4. 地域に愛され、地域と共に歩む施設を目指します。

④施設・事業所の特徴的な取組

1. 介護を必要とする重度身体障害者の日常生活全般の支援を提供します。
2. 障害程度に応じた支援の提供を行います。
3. 最重度身体障害者の意思が置き去りにならない様な支援の提供に努めています。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	2020年7月21日（契約日）～ 2021年1月31日（評価結果確定日）
受審回数 （前回の受審時期）	3回目（平成29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。**

法人を中心に事業所において、第4期中期計画をもとにICTの導入など、新たな時代に向けた体制や仕組みの構築が進められていることが、随所にかがえます。また、施設長をはじめ、行政関連の協議会や関係施設団体等と連携することにより、地域の動向を含め、社会福祉事業全体の動向を把握し、施設運営に役立てています。

- **利用者を尊重する姿勢や利用者の意思を大切にする支援が行われています。**

毎月行われる「なんでも相談」や利用者自治会や懇談会など、利用者の思いを聞き取るための取り組みが随所で行われています。また、アンケート調査で選択食・希望食、行事食など、利用者の身近な生活の意向を尊重することを主眼に置いた支援や思いを汲み取る取り組みが積極的に行われています。

- **利用者や家族、職員にとって安心で安全な暮らしの提供に向けた時代に即した福祉機器の活用が進められています。**

利用者に対する支援の安全性や職員への負担軽減の両輪を実現するため、ケア記録システムの導入やミスト浴などの入浴機器の導入、介護ロボットの導入など、利用者の支援を最優先にかつ効率的に支援できるよう、最新の福祉機器の活用が積極的に行われています。

◇改善を求められる点

- **福祉サービスの質の向上に向けた取り組みを組織内で構築していくことが重要です。**
生活委員会を中心とした利用者からの要望を叶える仕組みを確立し、虐待防止への取り組みや「なんでも相談」の取り組みが進められていますが、質の向上に向けた具体的な取り組みが明確ではありません。今後は、継続的な自己評価の実施や活用を通して、サービスの質を明確にすることで、福祉サービスの質の向上に向けたPDCAサイクル（改善に向けたサイクル）を構築していくことが望まれます。

- **標準的な実施方法の検証と見直しを行う仕組みが明確ではありません。**
法人のマニュアルをベースに施設独自のマニュアルが新たに策定され、運用に向けて取り組まれています。標準的な実施方法に基づいて支援が行われていることの検証には至っていません。今後は、標準的な実施方法に基づいた支援が行えているかを検証する仕組みづくりを通して、1年に1回程度マニュアルの見直しを行っていくことが求められます。

- **医療的な支援を行う体制を整備していくことが重要です。**
医師や看護師をはじめ、医療的ケアを行う体制が整備され、医師や看護師の指示に基づく安全な支援が行われていますが、服薬管理や留意事項、緊急時の対応等、医療的な支援の確立には至っていません。今後は、服薬管理や緊急時・急変時の家族への連絡方法など、医療的ケアに関する支援体制を整備していくことが重要です。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者評価を受審する事により客観的な評価を頂け、自施設の取り組みを定期的に見つめ直す良い機会になっております。「利用者に寄り添う支援の実施」を大きなテーマとして事業計画を作成していますので、利用者の意思の汲み取りについて高く評価頂けた事をうれしく思っております。自負する言い方で恐縮ですが、大体の基礎作りは出来ているように見させて頂いております。それをいかに分析し、発展させていくのかが、課題となっており、またその課題はより難しいものと考えておりますが、少しずつでも前進できればと考えております。

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

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。	a
<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施設の4つ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、朝礼時に理念、毎月職員会議時に基本方針を唱和し、継続的に周知する取り組みが行われています。また、法人として、理念について検討する委員会が設置され、利用者には礼拝時に、ご家族に対しては法人役員から家族会研修にて理念、法人の目指すべき方向性などを説明されています。今後は、さらに利用者や家族に対して、基本理念や基本方針がより理解しやすいように、わかりやすく説明した資料を作成するなど、更なる工夫や配慮を期待します。		

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> ○ 身体障害者施設協議会やWAMNETなどが発信する情報の把握に努め、また朝来市福祉計画の作成や南但自立支援協議会に参画することを通じて、地域のニーズや状況、事業を取り巻く状況を把握していることがうかがえます。また、経営状況について、法人への月次報告において利用率の分析や経費の推移が示され、検討がなされています。		
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> ○ 施設における経営状況や課題については、事業所の強みと弱みを明らかにする「SWOT分析」をもとに中期計画に明示するとともに、毎月の法人の会議で報告しながら改善が図られています。また、具体的な課題については、職員一人ひとりの経営意識が育つよう、職員会議で検討していることがうかがえました。		

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> ○ 法人の第4期中期計画(2020~2023)のビジョンをもとに、事業所の第4期中期計画が策定されています。計画は地域・経営・QOL・人材・理念に大きくわけ、中・長期的に必要なと思われる課題を職員全体から集約し、計画目標を設定し作成されています。中期計画の見直しは、年度ごとのシートと月ごとのシートを本部に提出し、2か月に1度実現会議(全理事、全施設長、全課長)を開催し、進捗状況の分析等を行っており、乖離している場合は計画の見直しが行われています。今後は、中期計画の視点から重点実施項目に至るまでの過程をさらに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
<コメント> ○ 事業所の第4期中期計画を踏まえた単年度の事業計画が策定されています。事業計画は、実施状況の評価が可能な具体的な取り組みが記載されています。また、事業計画は、テーマ毎に決められた担当者が毎月状況報告し、計画の進捗状況を含めた見直しが行われています。		
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。	a
<コメント> ○ 事業計画は、寮会議でブレインストーミングを行い、職員の意見を集約し、職制による検討を経て、施設長が取りまとめて策定されています。毎月の職制会・職員会議にて、事業計画の月次報告を実施し、全職員へ周知するとともに、職制会にて、月次の報告と評価に取り組んでいます。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
<コメント> ○ 事業計画はホームページへの掲載を通じて、広く周知されるとともに、利用者懇談会や家族会議等でも説明し、周知を深める取り組みがうかがえます。また、機関紙では事業計画をQRコードで確認できるようにする工夫がうかがえました。 ○ 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の作成が望まれます。		

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"> ○ 虐待防止への取り組みや「なんでも相談等」にて上がってくる内容等について、生活支援サービス改善サイクルに基づいて改善が図られ、PDCAサイクル（改善に向けたサイクル）にもとづく福祉サービスの質の向上に関する取り組みが実施されています。 ○ 今後は、継続的に自己評価を行う仕組みを構築し、評価結果の分析・検討に基づいたサービスの質の向上を図ら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"> ○ 生活委員会を中心とした利用者からの要望を叶える仕組みを確立し、課題が文書化され、全職員に共有され、改善の検討が行われています。 ○ 今後は、今回の第三者評価や生活委員会の検討を通して明らかになった課題について、改善計画を作成するなど、計画的なサービスの質の向上の仕組みづくりに期待します。 		

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。	a
<コメント> ○ 管理者は、自らの役割と責任を職務分掌表に明記されるとともに、事業所の経営・管理に関する方針と取り組みを事業計画にて明確にしており、職員会議や朝礼、職制会などで職員に周知されています。また、管理者の有事（災害・事故等）における不在時の権限委任等は、但馬地区災害対策マニュアルに第3順位まで明確に記載されています。		
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、法令遵守に関し規定を定め、施設の管理責任者として関係機関との適正な関係を保持するよう努められています。また、職員に対しても、会議等で周知するとともに、ビデオ研修などにより教育が行われていることがうかがえます。 ○ 今後は、施設運営に必要な法令遵守について整理され、リスト化するなど、更にわかりやすくしていくことが期待されます。		
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。	a
<コメント> ○ 管理者は、生活委員会において、サービス改善のための具体的な取り組みを明示し、年1回全職員のヒアリングによって、具体的な意見を聴取し、サービスの質の向上につながれていることがうかがえます。また、「意思疎通が困難なご利用者へ寄り添う支援の取り組み」についての研究を総合職員研修で発表するなど、福祉サービスの向上に努められています。		
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、月次報告や人事財務労務危機管理部会、経営強化部を通して、経営の改善や業務の実行性を高める取り組みを行うとともに、衛生委員会を設置し、働きやすい職場環境の改善に努めていることがうかがえます。また、生産性向上プロジェクトチームを立ち上げ、施設内の業務課題や効率の良い働き方などの検討が進められています。		

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。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 法人の第4期中期計画において、「人材確保育成の視点」として方針が示され、法人の人事育成部会の中でキャリアパスフレームに基づいて、取組が進められています。また、マイナビ等の活用や就職フェアへの参加による人材確保と施設独自のエルダー制を活用して定着に向けた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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 人事管理に関しては、法人において一元化されており、各規定により人事基準を明示し、キャリアパスや人事考課によって透明性のある人事管理に努められています。 ○ しかし、採用基準や職員処遇の水準に関する評価については明確ではなく、総合的な仕組みにはなっていません。今後は、人事に関する取組が連動され、総合的な人事管理の仕組みを構築していくことが期待されます。 		
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"> ○ 管理者が中心となって各部門長と連携しながら労務管理が行われています。また、産業医を中心に健康管理及び悩み相談をしやすいよう配慮するとともに、連続休暇の取得やノー残業デーの導入等、働きやすい職場づくりに努められています。 ○ 今後は、提案された改善策や人員体制などについて具体的な計画（人事プラン）に反映される仕組みが期待されます。 		
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"> ○ 法人キャリアパスおよび人事考課制度が確立され、それにもとづいて職員一人ひとりが目標を持って取り組む姿勢が明確になっています。具体的には、目標管理シートにより目標が直属の上司との面接を通して設定され、進捗状況や達成度については一次評価、二次評価が行われ12月の管理者による個別面談で確認されています。 		
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"> ○ 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、キャリアパスフレーム表には組織が職員に必要なとされる専門技術や専門資格を明示されています。 ○ 今後は、研修計画の前提となる研修カリキュラムを明確にするとともに、定期的な評価・見直しを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。	b
<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、職員に対して情報提供し、外部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、施設内に先輩職員が教育にあたるエルダー制を導入し、新任職員に対しては、OJT(日常業務にもとづいた研修)が実施されています。 ○ 今後は、新任職員にとどまらず、多様な階層の職員を対象としたOJT(職務を通じた研修)のテーマや記録を明確することによって、より体系化した研修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。	a
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 実習生受入れについては、社会福祉士実習指導マニュアルを整備するとともに、社会福祉士の相談援助実習について独自のプログラムを作成するなど、福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について、積極的な取組をされていることがうかがえます。また、就労中の実習生については、研修との両立ができるよう、配慮が行われています。 		

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に、法人理念や行動規範をはじめ、福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算情報、第三者評価の内容について情報公開がされています。また、地域に対しては、パンフレットや広報誌(法人年3回、事業所年1回)が配布され、法人、事業所の存在意義や役割、活動を明確にするように努められています。 ○ 今後は、施設運営の透明性を確保するための取組として、地域に向けて活動の説明を行ったり、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"> ○ 法人の規定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、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、監査結果にもとづく改善について、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期待されます。 		

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> ○ 事業所の基本方針に地域との関わり方について明文化され、年間計画に基づいて、竹田地区にある施設や商店などを利用することによって地域との繋がりを構築されています。また、事業所として外出プロジェクトを構築して、利用者が外出しやすい体制を確保するとともに、市の広報誌を利用者に回覧するなど情報を伝える取り組みが行われています。 ○ 今後は、地域の人々と利用者との交流の機会が定期的に行われ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
<コメント> ○ ボランティアマニュアルにボランティア受入れの意義を明文化し、書道をはじめ、朗読、フラダンス、要約筆記などで地域ボランティアを受入れるとともに、福祉体験学習の講師派遣等、学校教育への協力が行われています。 ○ 今後は、ボランティア等の受け入れや学校教育等への協力について、マニュアルに具体的な手続きを明文化するとともに、利用者との交流を図る視点等で必要なボランティア研修を開催されることが望まれます。		
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
<コメント> ○ 地域の社会資源を明示した「南但馬こどもの福祉サービス便利帳」を職員がいつでも確認できるところに配置されています。また、南但自立支援協議会へ参加し、関係機関とのネットワーク作りに取り組んでいます。 ○ 今後は、関係機関と協働することにより、利用者のアフターケア等を含め、地域課題に向けたネットワーク化に取り組まれることを期待します。		
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
<コメント> ○ 法人の取り組みとして、地域ニーズを受けて無料相談所や放課後等デイサービス、グループホームの開設が検討されています。また、災害時の地域での役割として、一時避難所として協定を締結するとともに、地域の活性化や街づくりの一環として、バリアフリーマップづくりに取り組み貢献されています。 ○ 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に期待します。		

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"> ○ 南但自立支援協議会との連携にもとづき、具体的な福祉ニーズの把握に努められ、法人の取り組みとして、地域ニーズを受けて無料相談所や放課後等デイサービス、グループホームの開設が検討されています。 ○ 今後は、様々な連携や取り組みを通して、地域の具体的な福祉ニーズを把握する取り組みが期待されます。 		

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。	a
<コメント> ○ 利用者を尊重したサービス提供について、法人の基本理念に基づいて、毎日の唱和や毎月1回基本理念について確認する取り組みが行われています。また「利用者支援の手引き」に基づいて、虐待防止研修やセルフチェックが行われ利用者を尊重する支援に向け組織全体で共通の理解が図れるよう取り組まれています。		
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
<コメント> ○ プライバシー保護マニュアルや個人情報保護マニュアル、虐待防止規定が整備され、年2回の研修やセルフチェックが行われ、職員が利用者を尊重しながらプライバシー保護のための環境整備について検討していることがうかがえました。 ○ 今後は、不適切な事案が発生した場合の対応方法や利用者や家族自らが権利を高めていけるよう、支援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。	a
<コメント> ○ 機関紙の「しんせい」は市役所や病院、特別支援学校等に配布され、利用希望者がサービスを選択できるよう施設の情報を積極的に発信されています。また、施設のパンフレットを随時見直し、行事や1日の流れなど、写真を用いて分かりやすく説明されています。		
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
<コメント> ○ 施設見学には、施設のパンフレットや機関紙を用いて丁寧に説明している事がうかがえました。また、医療従事者や支援員など各担当者が質問に答えるなど、利用者や家族の理解が得られるよう取り組まれています。 ○ 今後は、意思決定が困難な利用者に対して、配慮するためのルールづくりや、更にわかりやすい説明を行うための工夫が望まれます。		

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"> ○ 施設退所やサービス変更の際には、担当職員が直接関わり相談支援専門員や関係機関との調整も含めた継続性に配慮した取り組みが行われています。 ○ 今後は、施設独自の相談窓口の位置づけを明文化することにより、退所やサービス変更後に利用者の継続性に配慮した取り組みが期待されます。 		
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。	a
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 毎月実施される「なんでも相談」や利用者自治会の代表者と施設側の話し合いの場が設けられ、環境整備や修繕など利用者の生活環境の改善や利用者満足度の向上に向けた仕組みが確立しています。また、法人のQOL推進部による、利用者満足度調査が実施されています。 		
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確立されている。		
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"> ○ 苦情解決委員会が毎月行われ、利用者からの意見や苦情に対して、組織全体で共有する仕組みが確立しています。また、第三者委員との年3回の会議や利用者が目につくフロア内に苦情を受け付けるフローチャートが掲示され利用者が意見を述べやすくするための工夫が行われています。 ○ 今後は、苦情を申し出た利用者や家族等が特定されないよう配慮し、苦情解決に向けた取り組みを公表していくことが期待されます。 		
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、月の予定になんでも相談の担当者と日程を掲示して周知されるとともに、必要に応じてプライバシーに配慮した相談室（休憩室）等の別室を活用し、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掲示していくことで、様々な相談が行い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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 日常生活の中で、利用者とは話し合う機会を多く設置し、意見箱の設置、アンケートの実施など、利用者の意見を積極的に把握する取り組みが行われています。また、出された相談や意見は、生活委員会で取り上げ、対応が図られています。 ○ 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、事故防止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、ヒヤリハットや事故報告書を通して、安全を脅かす事例の収集がなされるとともに、職員会議でリスクマネジメント報告や研修を実施しています。 ○ 今後は、安全確保策の実施状況や実効性について、定期的に評価・見直していく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。	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 感染症防止委員会を中心に感染症の予防と発生時の対応マニュアル等を作成し、内部研修にて感染症防止研修を実施することで職員に周知していることがうかがえます。具体的には、感染症流行時期にはポスターの掲示や常時出入口にアルコール消毒・マスクを設置するなど予防策を講じています。また、対応については、情報を収集し、対策を随時見直ししていることが確認出来ました。 		
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している。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 真生園防災マニュアルを整備するとともに、地域や隣接する施設と連携して朝来市福祉村合同連絡協議会にて地域、消防署との連携を図り、定期的な会議や緊急時の協力体制等の訓練が行われています。また、備蓄として飲料水、食品等を備え、対策を講じられています。 ○ 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とともに、利用者自らの防災意識の向上が期待されます。 		

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"> ○ 法人で作成された標準マニュアルに基づき、施設の特性に合わせた独自の「真生園施設マニュアル」が作成されています。また、排泄や入浴など具体的な支援場面が想定され、利用者のプライバシーや利用者を尊重する姿勢が標準的な実施方法として明文化されています。 ○ 今後は、作成された標準的な実施方法を職員へ周知する方法や確認する仕組みづくりが望まれます。 		

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"> ○ 法人のマニュアルをベースに施設独自のマニュアルを新たに策定し明文化されていますが、支援について確認する仕組みやマニュアルの見直しまでには至っていません。今後は、マニュアルの検証と見直しを行う手順や方法を明確にしていくことが重要です。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 生活環境や健康、日常生活動作など8つに分けられた領域の視点が盛り込まれた、アセスメントシートを用いてサービス管理責任者が利用者や家族の思いを聞き取り、施設内の専門職や担当職員とともに個別支援計画が作成されています。 ○ 今後は、現在行っている個別支援計画の作成手順を明文化していくことが期待されます。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者や家族、専門職や担当職員から支援に関する聞き取りを行うと共に、生活環境や健康、日常生活動作など8つの視点に分けられた領域のアセスメントシートを用いて利用者に対する具体的な課題や支援の方法がマニュアルに基づいて作成されています。 ○ 今後は、個別支援計画を緊急に変更する場合の手順を含めた、個別支援計画の作成手順を明確にし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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 記録支援システムを活用し、職員間の情報共有が図れる仕組みが確立しています。また、月次報告には、利用者個々の支援内容や目標の記載がされており、職員が個別支援計画の内容に沿った記録が行えるよう工夫されています。施設間移動や新任職員など転任者に向けた記録方法を統一するためのマニュアルが整備され、適切な記録を書く仕組みが確立しています。 		
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"> ○ 利用者記録保護規定や文書管理規定に記録の保存期限や破棄などが明示されています。また、個人情報保護規定が職制会から各フロアの職員に向けて伝達が行われています。 ○ 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の策定や職員に対する研修を実施することにより、さらに記録に関する管理体制を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。	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。	b

特記事項

- 昼食選択メニューの取り組みやインターネットを活用した買い物の支援など、利用者の自己決定を尊重する取り組みが行われています。
- 月1回の利用者自治会や職員との懇談会など、施設での生活のルールを利用者と共につくるなど、利用者一人ひとりの思いに向き合う取り組みが随所にかがえまます。
- 年2回虐待防止勉強会があり、事例を基に利用者の権利について職員が検討する場が設けられています。
- 今後は、権利侵害に関する具体的な内容を利用者に対して周知することにより、利用者自らの権利を高めていく取り組みが望まれます。

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。	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。	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。	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

- 文字盤やイラスト、トーキングエイドなど利用者の身心の状況に応じたコミュニケーションを円滑に進めるための機材の導入が行われ、利用者の思いを把握し、施設外への散髪支援やインターネットを活用した買い物など、利用者が自ら決めて、自ら行動できるような支援が行われています。
- 意思疎通が困難な利用者に対しては、まばたきや表情、家族からの聞き取りなど、利用者本位の支援が行われています。
- 毎月「なんでも相談」が開催され、利用者の思いを聞く機会が設けられています。また、利用者で構成する自治会には職員も参加し、利用者が話したいことを確認し、職員に周知する取り組みが行われています。昨年は希望により高校の文化祭や地域の祭りに出かけるなど、計画に挙げて実施した事例がうかがえました。
- 食事は全て施設の厨房で調理され、積極的な選択食の実施や誕生日の希望食、毎月のテーマ食など、利用者が食事を美味しく、楽しく食べる取り組みが施設全体に定着しています。
- 入浴は一般浴や機械浴、ミスト浴など、さまざまな状態の利用者に対応できる設備が設けられています。また、身体的な負荷がかかる、移動や移乗などの支援に対して職員にも利用者にも負担かかからないよう、介護ロボットの導入や最新の福祉機器の活用が施設全体進められています。
- 利用者に対する具体的なアセスメント結果に基づいた支援が行われ、利用者個々の思いや意向が個別支援計画に反映されています。また、利用者一人ひとりに対する、幅広い支援が行えるよう、福祉機器の活用や利用者の意思を置き去りにしない支援の提供に努められています。
- 新型コロナウイルスの感染拡大が進む一方、利用者が家族との交流ができるよう、施設内にWi-Fi環境を整備し、タブレット端末を活用して家族と話せるよう整備が行われています。
- 新型コロナウイルスの感染拡大に伴い、外部研修の受講ができない状況ですが、インターネットを活用した、eラーニングが行えるよう契約したり、カラオケの機械を使った体操などを取り入れる事など、利用者や職員が社会との繋がりがもてない状況下において、施設独自の工夫を通して、利用者に対する支援の向上に向けた取り組みが随所にうかがえます。
- 今後は、医療面に関する体制の明示や内服の管理方法や留意事項など、医療的ケアに関するマニュアルも含めた支援方法を整備していくことが重要です。また、緊急時や急変時などの家族への連絡や報告に関して、明確なルールを整備していくことが求められます。

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

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。	非
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。	非
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。	非

特記事項

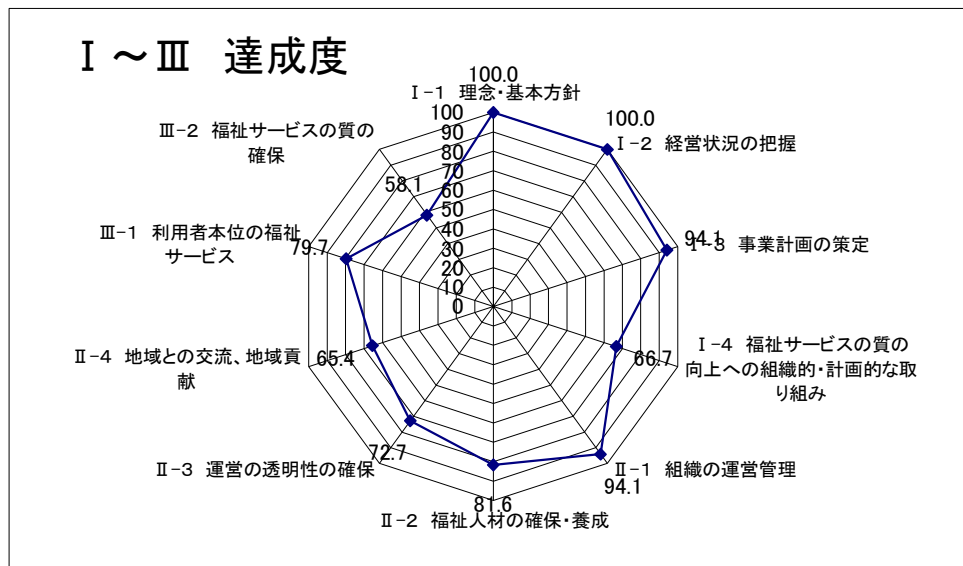
--

(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	6	100.0
I-2 経営状況の把握	8	8	100.0
I-3 事業計画の策定	17	16	94.1
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	16	94.1
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	8	72.7
II-4 地域との交流、地域貢献	26	17	65.4
III-1 利用者本位の福祉サービス	64	51	79.7
III-2 福祉サービスの質の確保	31	18	58.1
	227	177	78.0



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	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	5	100.0
2-(4) 機能訓練・生活訓練	5	4	80.0
2-(5) 健康管理・医療的な支援	11	6	54.5
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	4	80.0
2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援	6	5	83.3
	79	69	87.3
	306	246	80.4

A 達成度

