

兵庫県福祉サービス第三者評価の結果

1 評価機関

名 称	特定非営利活動法人CSウオッチ	
所 在 地	兵庫県明石市朝霧山手町3番3号	
評価実施期間	2015年6月1日～2015年12月28日 (実地(訪問)調査日2015年11月20日)	※契約日から評価結果の確定日まで
評価調査者	HF05-1-0056 HF10-1-0017 HF10-1-0018 HF12-1-017	

2 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称：社会福祉法人阪神福祉事業団 (施設名) ななくさ厚生院	種別： 救護施設
代表者氏名：理事長 森 進 (管理者) ななくさ厚生院院長 松澤 知明	開設(指定)年月日： 昭和・平成 43年 7月10日
設置主体：社会福祉法人阪神福祉事業団 経営主体：社会福祉法人阪神福祉事業団	定員 100名 (利用人数：107名)
所在地：〒651-1412 兵庫県西宮市山口町下山口1650番地36	
電話番号： 078-903-1664	FAX番号： 078-903-1751
E-mail： kouseiin@nanakusa.or.jp	ホームページアドレス： http://www.nanakusa.or.jp/sisetu/kousei.htm/

(2) 基本情報

<p>理念・方針</p> <p>運営理念：1. 阪神6市1町と協調し、常に広域事業の特性を生かした積極的な事業運営を展開します。</p> <p>2. 利用者が個人として尊重され、常に利用者の立場に立った支援を基本とし、生活の質の向上と自立に必要な援助を行います。</p> <p>3. 地域社会との結びつけを深め、開かれた福祉サービスの提供を積極的に推進し、地域と一体になった施設づくりをめざします。</p> <p>4. 知識・技術に加えて、豊かな人間性を養い、福祉の心をもった優れた人材の育成を図ります。</p> <p>5. 利用者により良い福祉サービスを提供するため、将来的展望に立った効率的な施設運営により、先駆的な施設づくりをめざします。</p> <p>基本方針：利用者一人ひとりへの細かい個別支援とそれを可能にする生活環境づくりに努め、ノーマライゼーションの理念に基づき、個々のライフサイクル・ライフステージに合った地域共同の社会づくりを目指す。</p>

力を入れて取り組んでいる点
 個々のライフサイクル・ライフステージに合わせた生活環境づくり。また本人を中心とした様々な社会資源とネットワークにより、どの立場からも責任を持って利用者の自立をサポートするサービス提供の構築と必要な人材の育成を行う。

	職 種	人 数	職 種	人 数	職 種	人 数
職員配置 ※()内は常勤	院長	1名()	指導員	1名()	看護師	1名(1)
	副院長	1名()	主任介護職員	4名()	栄養士	1名()
	事務員	2名()	介護職員	17名()	調理員	3名(2)
	医師	名(2)				

施設の状況
 法人の設立が、阪神間6市1町を母体として昭和39年に西宮市山口町に設立され、広域の福祉ニーズに対応して、各種の事業を運営されている。同敷地内の「ななくさ厚生院」は、生活保護法に基づく救護施設として、昭和43年に定員50名で設立され、翌年度に定員100名となり今日に至っている。救護施設とは、生活保護法第38条第2項で「身体上又は精神上、著しい障がいがあるために、日常生活を営むことが困難な要保護者を入所させて生活扶助を行うこと」を目的とした施設である。
 生活困窮に直面した身体・知的・精神の障がいのある方のほか、制度の狭間にあつて他の施設支援やサービスを受けられない方の受け皿でもあり、精神科病院から地域生活につなげるための一時的な受け入れ(中間施設としての役割)、さらにDV被害者、矯正施設退所者などを受け入れ、セーフティネット機能と地域生活移行支援の強化が求められている。
 このような背景から、「ななくさ厚生院」では、「利用者一人ひとりを見つめた支援」を基本とした個別支援を目指しており、ただ単に生活支援を実践するだけでなく、利用者の地域移行支援や居宅生活を送るために必要な訓練の場としての施設(循環型施設)を目指している。一方で、在籍期間が長期化している利用者については、高齢者施設への移行が利用者本人にとって最適と思われる方々が多いことも事実であり、障がいの多様化、幅広い年齢層の利用者が混在されている現状がある。このような利用者を支援するスタッフについても、あらゆる障がいに対応できる幅広い知識や技術の習得に加え、社会資源の活用等職員のスキルアップが求められている。

3 評価結果

○総評

◇特に評価の高い点

- ・法人の設立が、阪神間6市1町を母体として昭和39年に設立され、昭和43年に開設された「ななくさ厚生院」は、運営理念・経営方針に基づき広域ニーズに対応し、地域の関係団体と連携を深め、把握した福祉ニーズに基づく事業活動が行われています。
- ・安全管理では、リスクマネジメント委員会を中心に、リスクマネジメント研修や各訓練実施や評価チェックリストにより実施状況の有効性確認による評価・見直しが実施され、P-D-C-Aサイクルは廻り、継続的な改善が行われています。
- ・日常生活支援は、個々サービスの支援手順等を一元化した「生活支援に関するマニュアル」に基づき実施され、実施状況は、サービス検討委員会でサービス評価アンケート(人権の尊重：11項目、利用者に応じた個別支援プログラム：14項目、日常支援サービス：25項目計50項目)の実施状況の確認と主任会や職員会議で検証・討議して改善課題を明確にし、サービスの質向上のP-D-C-Aサイクルは廻り、継続的な改善の仕組みが整備され運用されています。
- ・利用者の個別的な支援を深めるため専属の担当者(ケース担当)を配置し、利用者支援のタイムリーな情報集約・発信を一本化し、利用者満足の向上を推進しています。

◇特に改善を求められる点

- ・理念・基本方針や中期計画・事業計画は事業推進の幹ともなる重要な施策となります。公開資料や「職員必携」等で周知を図られていますが、更に職員、利用者や家族等周知状況の有効性確認と継続的な改善の仕組み整備が求められます。
- ・サービス支援事業では、職員の質の向上が利用者尊重のサービス支援での利用者満足への重要な施策となります。当院の求める人材育成目標の中期計画への明示と職員個々の研修計画の仕組み整備や研修後の業務への有効性確認の仕組み整備に基づく継続的な改善が行われP-D-C-Aサイクルが廻りスパイラルアップする仕組み整備が望まれます。

○ 第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回の第三者評価は当施設にとって、多くの課題が明確となり、今後の施設のあり方及び支援方法について見直す大きな機会となった事はもちろんの事、職員の意識改革に繋がるものとなりました。一つ一つの事項について、できている・いないに関わらず「さらに良くなるように」という視点からの気づきを頂き、早速改善に取り組んでいる次第です。評価受審をゴールではなく、新たなスタートを切る気持ちでサービスの向上に努めたいと思います。

○各評価項目に係る第三者評価結果 (別紙1)

○各評価項目に係る評価結果グラフ (別紙2)

評価細目の第三者評価結果

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、基本方針が確立されている。		
I-1-(1)-①	理念が明文化されている。	(a)・b・c
I-1-(1)-②	理念に基づく基本方針が明文化されている。	(a)・b・c
I-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。		
I-1-(2)-①	理念や基本方針が職員に周知されている。	a・(b)・c
I-1-(2)-②	理念や基本方針が利用者等に周知されている。	a・(b)・c

特記事項

- ・運営理念は、「事業団平成26年度事業報告書」、「ななくさ事業のご案内」パンフレットやホームページに掲載し、運営理念に沿った平成27年度事業計画に経営方針が明文化されています。
- ・運営理念、倫理綱領、職員行動規範、虐待の防止、職員の心がけ等が記載され、常に職員が携帯し、確認できるようにコンパクトに工夫された「職員必携」を全職員に配布し、利用者等にのびを付した運営理念を、玄関、利用者共用廊下等に掲示し、周知が図られています。
- ・今後、職員には、周知目的の実践テーマ等活用による周知状況の確認の仕組みと、利用者等には、一般市民にも理解しやすい工夫と周知状況の確認の仕組み整備による継続的な改善が望まれます。

I-2 計画の策定

		第三者評価結果
I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
I-2-(1)-①	中・長期計画が策定されている。	a・(b)・c
I-2-(1)-②	中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	a・(b)・c
I-2-(2) 計画が適切に策定されている。		
I-2-(2)-①	計画の策定が組織的に行われている。	a・(b)・c
I-2-(2)-②	計画を職員や利用者等に周知されている。	a・(b)・c

特記事項

- ・中期計画を作成されていますが当院の多様な利用者支援に必要な人材目標の明示が望まれます。中期計画を踏まえた事業計画は、数値化可能な目標については評価し易い内容となっています。事業計画の実施状況は、年2回集約し検証されています。
- ・各計画は、年度初めの職員会議や自治会役員に説明しています。計画をわかり易く工夫した側面支援の説明資料や、職員、利用者への周知状況の確認による継続的な取組みが望まれます。

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
I-3-(1)-①	管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	(a)・b・c
I-3-(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・(b)・c

I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	
I-3-(2)-① 質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。	(a)・b・c
I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	a・(b)・c

特記事項

- ・管理者は、自らの役割と責任を表明し、職員との面談や各種会議に出席し、常に職員との意思疎通を図っています。事業運営に関連する各法令を一覧化し、最新版管理の仕組み整備を図り、法令遵守の研修等の推進が望まれます。
- ・全職員に業務実態把握目的として、職員アンケートやサービス検討委員会でサービス評価アンケート(人権の尊重：11項目、利用者に応じた個別支援プログラム：14項目、日常支援サービス：25項目、計50項目)を実施、評価・分析し、主任会で実施状況の有効性を検証して環境整備等や各支援サービスの改善に繋げ指導力を発揮しています。経営や業務の効率化や改善を目的とした例えば「業務改善委員会」等の具体的な体制構築による推進が望まれます。

II 組織の運営管理

II-1 経営状況の把握

	第三者評価結果
II-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	
II-1-(1)-① 事業経営をとりまく環境を的確に把握されている。	(a)・b・c
II-1-(1)-② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。	(a)・b・c
II-1-(1)-③ 外部監査等を実施されている。	a・b・(c)

特記事項

- ・全国救護施設協議会等関係団体及び設立母体である阪神間6市1町の福祉事務所や近隣病院・施設等との連絡会に出席し、環境変化動向や地域の特徴・変化等の経営環境課題を的確に把握され、事業計画に受入れシステム作り等に反映しています。
- ・公認会計士等による当院の経営課題に関する指導・意見等の明確化が求められます。

II-2 人材の確保・養成

	第三者評価結果
II-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。	
II-2-(1)-① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	(a)・b・c
II-2-(1)-② 人事考課を客観的な基準に基づいて行われている。	(a)・b・c
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	
II-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、必要があれば改善する仕組みを構築されている。	a・(b)・c
I-2-(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	(a)・b・c
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	
II-2-(3)-① 職員の教育・研修に関する基本姿勢を明示されている。	a・(b)・c
II-2-(3)-② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画を策定し、計画に基づいて具体的な取組が行われている。	a・(b)・c
II-2-(3)-③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	a・(b)・c

II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。	
II-2-(4)-① 実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にした体制を整備している。	a b・c
II-2-(4)-② 実習生の育成について積極的な取組を行っている。	a b・c

特記事項

- ・法人主導の人事管理の方針は確立され、法律上の職員配置等基準に則したプランに基づく人事管理体制が整備され、人事考課の手引き、要項は誰でも閲覧可能の工夫をし、考課結果は、所属長より伝達され客観性や透明性は確保されています。
- ・職員の就業状況や意向・意見等把握後の分析による改善策の具体的なプランへの反映では、勤務時間だけでなく、今後は、職員意向・意見等の把握を充実した展開が望まれます。
- ・福利厚生事業は、互助会を活用し、合同スポーツ大会や納涼祭等の取り組みを実施しています。
- ・多様な障がい特性を持つ利用者支援には、職員個々の幅広い知識や技術に基づく支援が求められます。今後は、中期計画等に、求められる職員の技能や資格の明示や個々職員の業務に関する能力水準の明確化工夫により、職員個々の研修計画の策定に基づく研修実施が求められます。
- ・研修後の成果に関する評価・分析の仕組みが不明瞭でした。評価・分析プロセスを明確にし、研修後の業務への有効性確認やカリキュラム見直し等次期計画に繋げる仕組み整備による継続的な改善が望まれます。
- ・実習生の受け入れは、前年度11名でした。実習生受け入れは、現場に外の風がはいること、実習生の実習姿勢から私たちを初心に帰らせる事、実際に行っている業務の見直し、現場の実態が第三者に確認されること等多くの示唆を含む事業です。積極的な受け入れ実施が期待されます。

II-3 安全管理

	第三者評価結果
II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。	
II-3-(1)-① 緊急時（事故、感染症の発生時など）の対応など利用者の安全確保のための体制を整備し機能している。	a b・c
II-3-(1)-② 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。	a b・c

特記事項

- ・リスクマネジメント委員会を中心に防災オリエンテーション、防災訓練(火災)、救急講習、火災時各分担当行動マニュアル、土砂災害緊急避難誘導及び土嚢積み手順、感染症対応等関連マニュアル・手順等の整備やヒヤリハット活動等の継続的な改善活動が実施されています。緊急の場合に備え、ホットラインシステムを導入し、緊急時責任者や関係機関への連絡が確立され、利用者の安全確保のための体制は整備され機能しています。
- ・利用者の安全確保は、リスクマネジメント委員会にて事故処理・ヒヤリハット活動・改善アンケート等より課題を明確にし、また、利用者一人ひとりの健康管理票や外出時カードを作成しており、緊急時に利用者状態を的確に伝える仕組みが整備されています。
リスクマネジメント研修や各訓練実施や評価チェックリストにより実施状況や実効性の評価・見直しが実施され、P-D-C-Aサイクルは廻り、継続的な改善が行われています。

II-4 地域との交流と連携

	第三者評価結果
II-4-(1) 地域との関係を適切に確保されている。	
II-4-(1)-① 利用者と地域との関わりを大切にしている。	a b c
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a b c
II-4-(1)-③ ボランティア受け入れに対する基本姿勢を明確にし、体制を確立している。	a b c

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。	
II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	a・b・c
I-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a・b・c
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。	
II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	a・b・c
II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	a・b・c

特記事項

<ul style="list-style-type: none"> ・ 阪神6市1町による法人設立背景から地域情報は的確に把握し、利用者と地域との関わり方を重視した地域住民との交流が図られています。 ・ 利用者が、地域の人たちと企画の段階から参加する行事等への更なる側面支援が望まれます。 ・ 当院事業特性より得た支援専門技術等の地域への研修・講演会等の還元策実施が望まれます。 ・ ボランティアは前年度213名を受入れ、利用者支援に大きな力となっています。ボランティアに対する受け入れ時の研修実施が望まれます。 ・ 利用者個々の外出範囲区分を整備し、これらに基づく社会資源リストを整備し、職員の共有化を図っています。 ・ 阪神6市1町福祉事務所担当者会、近隣関連病院等や法人内他施設相談事業部門との連携による地域の福祉ニーズに基づき、一時入所やショートステイ事業を行い、これらは事業計画の地域生活移行機能強化の一環として明示しています。
--

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を明示している。	
III-1-(1)-① 利用者を尊重した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・b・c
III-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	a・b・c
III-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。	
III-1-(2)-① 利用者の満足の上昇を意図した仕組みを整備している。	a・b・c
III-1-(2)-② 利用者満足の上昇に向けた取り組みをおこなっている。	a・b・c
III-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。	
III-1-(3)-① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	a・b・c
III-1-(3)-② 苦情解決の仕組みを確立し、十分に周知・機能している。	a・b・c
III-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	a・b・c

特記事項

<ul style="list-style-type: none"> ・ 運営理念、経営方針等に利用者を尊重する姿勢が明示されています。個々のサービスの標準的な実施方法を一元化した「生活支援に関するマニュアル」冒頭に利用者を尊重する姿勢に基づく自立への支援等の生活支援の基本方針を明文化しています。サービス検討委員会で、人権の尊重:11項目、利用者に応じた個別支援プログラム:14項目、日常支援サービス:25項目、計50項目のななくさ厚生院サービス評価アンケートを実施、評価・分析し、主任会で有効性を検証し、利用者を尊重したサービス提供を目指した取組みが実施されています。利用者満足の上昇を目指す姿勢明示の文書化と、今回実施の利用者アンケートを参考に更なる利用者満足度向上の仕組みの整備が望まれます。 ・ 利用者の個別的な支援を深めるため専属の担当者(ケース担当)を配置し、利用者支援のタイムリーな情報集約・発信を一本化し、きめ細かい対応を推進しています。 ・ 利用者尊重や基本的人権への配慮として虐待防止委員会でリスクマネジメント研修(ヒヤリハ
--

ット)、「虐待や権利障害が起こった時の対応」等の職員研修や身体拘束や虐待防止への全職員にセルフチェックを実施しています。セルフチェック後の評価・分析課題の明確化による具体改善推進が望まれます。

- ・「利用者のプライバシー保護」は職員行動規範に明記され運用されていますが、利用者のプライバシー保護に関わる場面における対応マニュアルの更なる整備や研修の実施が望まれます。
- ・自治会による自主的活動を側面支援し、月1回自治会代表と意見・提案等サービス検討委員会で検討し、生活の質向上への改善を図っています。利用者満足の上を目指す姿勢を明示し、個々利用者の満足度把握の仕組み工夫による支援が望まれます。
- ・利用者には、相談支援チラシを作成し、ケース担当(各利用者の専属担当)より利用者個々に説明・配布されています。相談等のスペースとして面談室を2ヶ所確保し、相談に応じています。
- ・苦情解決の体制は「苦情解決事業実施要綱」を基に整備され、苦情対応の仕組みは生活フロア一廊下に掲示され、日常生活の意見・苦情等は「自治会との話し合い」でサービス検討委員会対応策を含め検討し、自治会代表にフィードバックされています。公表事案は年度事業報告に明示され、公表する仕組みは整備されています。

III-2 サービスの質の確保

	第三者評価結果
III-2-(1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。	
III-2-(1)-① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	(a)・b・c
III-2-(1)-② 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にしている。	(a)・b・c
III-2-(1)-③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	(a)・b・c
III-2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法を確立している。	
III-2-(2)-① 個々のサービスについて標準的な実施方法を文書化され、サービスを提供されている。	(a)・b・c
III-2-(2)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みを確立している。	(a)・b・c
III-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。	
III-2-(3)-① 利用者に関するサービス実施状況の記録を適切に行われている。	(a)・b・c
III-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制を確立している。	a・(b)・c
III-2-(3)-③ 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	(a)・b・c

特記事項

- ・平成24年度より支援計画に基づき実施し、サービス検討委員会で評価・分析、主任会/職員会議で討議・報告して共有化を図り、定期的に評価を行う体制は整備され、課題に対する改善策や見直しは、サービス検討委員会でサービス評価アンケートで実施状況を確認する等サービス室向上の仕組みは整備されています。
- ・標準的な実施方法は、「生活支援に関するマニュアル」に一元化され、プライバシー保護実施状況を含むサービス評価アンケート(50項目)を実施し、標準的な実施方法に基づく実施等確認しています。これらの見直しや利用者等からの意見・提案はサービス検討委員会で反映する仕組みが整備されています。
- ・サービス実施の記録は、所定の様式に利用者個々の記録が専用ソフトを活用し適切に記載され、ばらつきが生じない工夫をされています。
- ・利用者に関する記録の管理体制は整備されていますが、利用者や家族等より情報開示を求められた場合の規程の整備明確化が望まれます。

・利用者の状況等に関する情報はPCソフト「福祉見聞録」で職員に共有化を図る仕組みが整備されています。

III-3 サービスの開始・継続

		第三者評価結果
III-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。		
III-3-(1)-① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。		a (b)・c
III-3-(1)-② サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。		(a)・b・c
III-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応を行っている。		
III-3-(2)-① 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。		a (b)・c

特記事項

- 施設情報は、ホームページ等で公開され、施設内には利用者の作業風景やクラブ活動等の写真や事業所案内が掲示され、施設訪問の方たちに施設内生活が理解できるよう工夫されています。施設イメージUP等の視点で多数の方が手にする場への情報提供の工夫が望まれます。
- 見学・体験入所、一日利用等の希望・要請に応じ対応されています。
- 利用者への説明は具体的なルールを明示した「生活の心得」を活用し、良く話し合いの上で同意書を交わし、家族や福祉事務所の意向を確認(同意書、入所依頼書、決定通知書、入所受託書)されています。
- 事業所の変更や家庭への移行等へのサービスの継続性では、地域のNPO法人との連携等引き継ぎ手順を定め、説明されていますが、説明の内容記載の文書や帰宅中の家族への支援の仕組み整備が望まれます。

III-4 サービス実施計画の策定

		第三者評価結果
III-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。		
III-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。		(a)・b・c
III-4-(1)-② 利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。		(a)・b・c
III-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。		
III-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。		(a)・b・c
III-4-(2)-② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。		a (b)・c

特記事項

- 個別支援マニュアルに基づき、統一した様式でアセスメントを作成し、入所1ヶ月後に再アセスメントを行い、原則年1回見直しで、必要に応じ随時見直しを実施されています。
- アセスメント確認表に基づき利用者の状況により、施設内自立、地域移行の目標を定め課題を明らかにした個別ニーズを具体的に明示したケアプランに反映されています。
- 計画策定責任者は、法的根拠はないが、院長をサービス計画策定の責任者とされています。個別支援マニュアルに基づき、日常的にサービス適否をチェックし、個別の具体的なニーズや留意事項等明示した支援計画書を作成し、実施を確認する仕組みは整備され機能しています。
- 支援計画の見直し時期を設定し、関係職員によるケアカンファレンスを実施後、見直し内容を利用者へ説明同意の上で、職員会議等で変更箇所、報告等実施されています。支援計画見直し、変更や関係職員に周知する手順や緊急な変更時の手順を個別支援マニュアルに追加し、手順に基づく推進の仕組み整備が望まれます。

評価対象A 内容評価基準

A-1 利用者の尊重

	第三者評価結果
A-1-(1) 利用者の尊重	
A-1-(1)-① コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	(a)・b・c
A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	(a)・b・c
A-1-(1)-③ 利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。	(a)・b・c
A-1-(1)-④ 利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。	(a)・b・c
A-1-(2) 利用者の権利擁護	
A-1-(2)-① 虐待（拘束、暴言、暴力、無視、放置、性的いやがらせ等）等の人権侵害について、防止対策を図っている。	(a)・b・c
A-1-(2)-② 自傷他害等については、その原因の究明除去とともに、適切な対応が行える体制がとられている。	(a)・b・c

特記事項

<ul style="list-style-type: none"> ・日常的なコミュニケーションについてサービス実施計画に具体的な内容と方法が明示され、個々利用者の専属担当（ケース担当）を配置し、利用者の障がい特性に合ったきめ細かいコミュニケーションが行われる体制がとられています。また、月1回自治会と院長以下関連職員との話し合いにより、利用者要望や提案に対応されています。 ・自力で行う社会生活力を高める学習・訓練プログラムを5ランク分け、居住区廊下やトイレ清掃、買い物支援等エンパワメントの理念に基づく利用者の主体的な活動を見守り、日常生活の側面支援をケース担当が行い、日々状況は引継ぎノートに記録し、全職員が確認できる支援の体制として活動されています。 ・虐待等の人権侵害については職務規定、マニュアルは整備され、全職員が接遇マナー研修や月1回の職員会議で虐待をテーマに検討し、また、サービス評価アンケートで人権の尊重で11項目の職員実施状況の確認を行い、防止策を検証している。万一に備え職員処分規定も策定されています。 ・自傷他害等の行動障がいのある利用者には、日ごろの状況を業務支援ソフト「福祉見聞録」に記録し、統一した対応ができるよう全職員で共有化し、関係する職員や看護師と連携し対応している。原因究明と生活保護ワーカーとの連携や精神科医への受診等適切な対応の体制が整備されています。

A-2 日常生活支援

	第三者評価結果
A-2-(1) 食事	
A-2-(1)-① サービス実施計画に基づいた食事サービスを用意されている。	(a)・b・c
A-2-(1)-② 食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫している。	(a)・b・c
A-2-(1)-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	(a)・b・c
A-2-(2) 入浴	
A-2-(2)-① 入浴は、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。	(a)・b・c
A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	(a)・b・c
A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	(a)・b・c

A-2-(3) 排泄		
A-2-(3)-①	排泄介助は快適に行われている。	(a)・b・c
A-2-(3)-②	トイレは清潔で快適である。	(a)・b・c
A-2-(4) 衣服		
A-2-(4)-①	利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。	(a)・b・c
A-2-(4)-②	衣類の着替え等の支援や汚れに気づいた時の対応が適切である。	(a)・b・c
A-2-(5) 理容・美容		
A-2-(5)-①	利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。	(a)・b・c
A-2-(5)-②	理髪店や美容院の利用について配慮している。	(a)・b・c
A-2-(6) 睡眠		
A-2-(6)-①	安眠できるように配慮している。	a (b) c
A-2-(7) 健康管理		
A-2-(7)-①	日常の健康管理は適切である。	(a)・b・c
A-2-(7)-②	必要な時、迅速かつ適切な医療を受けられる。	(a)・b・c
A-2-(7)-③	内用薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	(a)・b・c
A-2-(8) 余暇・レクリエーション		
A-2-(8)-①	余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われている。	(a)・b・c
A-2-(9) 外出・外泊		
A-2-(9)-①	外出は利用者の希望に応じて行われている。	(a)・b・c
A-2-(9)-②	外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	(a)・b・c
A-2-(10) 所持金・預り金の管理等		
A-2-(10)-①	預り金について、適切な管理体制が作られている。	(a)・b・c
A-2-(10)-②	新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意思や希望に沿って利用できる。	(a)・b・c
A-2-(10)-③	嗜好品（酒、たばこ等）については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意思や希望が尊重されている。	(a)・b・c

特記事項

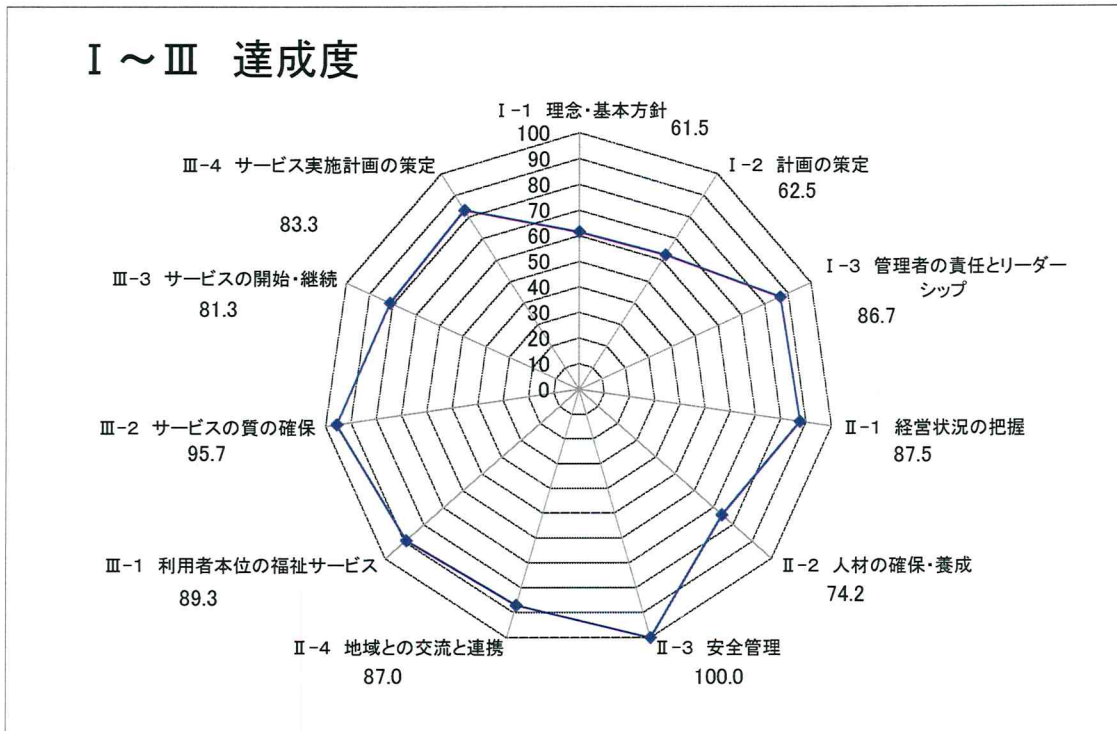
- 日常生活支援は、個々支援計画と「生活支援に関するマニュアル」に基づき実施され、実施状況は、サービス検討委員会でサービス評価アンケートの日常支援25項目により実施状況の確認と主任会や職員会議で検証・討議され、サービスの質向上のP-D-C-Aサイクルは廻り、継続的な改善の仕組みは整備され運用されています。
- 食事では、個々支援計画と「生活支援に関するマニュアル」食事支援に基づき、利用者の状況に応じ調理の仕組みは整備され、当院給食センター栄養士が月1回嗜好調査を行い結果を献立に反映し、献立表は10日前に掲示され食事に対し興味が持てる工夫を取り入れた支援がなされています。自治会代表が給食担当者会議に参加しています。喫食環境は、利用者の希望を把握し対応するため、サービス検討委員会で検討を行い、必要に応じ改善を図っています。時間帯は施設で決めた時間内で好む時間で摂っています。
- 入浴では、個々支援計画と「生活支援に関するマニュアル」入浴支援に基づき、障がい程度、健康状態、介助等個人的事情に十分配慮して実施し、経過は、ケース記録、医務日誌、入浴チェック表に記

録しています。

- ・一般浴の入浴時間・回数等は自治会との話し合いで決め、可能な限り利用者の要望に沿った入浴を実施されています。
- ・浴室や脱衣場の環境は、自治会意見・要望等サービス検討委員会や支援会議で検討されています。
- ・排泄では、個々支援計画と「生活支援に関するマニュアル」排泄支援に基づき、プライバシー保護等注意を明示し、日々の状況は排泄チェック表と支援日誌に記録されています。
- ・トイレ環境に関する要望は自治会を通じて行われサービス検討委員会で検討・改善の体制は整備されています。
- ・衣服では、利用者の主体性を尊重し、必要時に支援し、買い物支援に関しては事前にアドバイスされています。
- ・衣服の着替え時支援や汚れ対応では、個々支援計画と「生活支援に関するマニュアル」その他日常支援の衣類交換、衣類の管理の記載手順で実施されています。
- ・理容・美容では、髪型や化粧等利用者の好みに応じた選択が可能な仕組みであり、必要時手助けし、美容に関する雑誌等情報提供されています。2ヶ月に1回理美容のボランティアを活用し外出できる利用者には必要時予約や送迎の側面支援をされています。
- ・睡眠では、各部屋毎にケース担当者を配置し、利用者と話し合い適切な環境への取り組みがなされています。夜間の個別支援はケース記録に記載され、また私物寝具等認めています。不眠者等の対応手順等マニュアルへの追加が望まれます。
- ・健康管理では、医務マニュアル、健康管理マニュアルを基に、利用者健康管理表を作成し、日々健康状態を把握し、同一敷地内の診療所への受診や看護師による健康相談や説明を行い、健康維持目的で機能訓練マニュアルを作成し、理学療法士等の指導を受け、その内容を日常生活の中にリハビリ訓練として実施されています。
健康面に変調があった場合、同一敷地内の診療所で受診し、救急病院に搬送する等体制は整備されています。医療機関一覧表を整備し、診療所を通じ救急病院や地域の精神病院地域連携室と情報交換等連携を図っています。
個々支援計画と「生活支援に関するマニュアル」服薬管理にかかる支援や誤薬マニュアル、服薬自己管理マニュアルを作成し、使用状況は、医務日誌、支援日誌、ケース記録に記載されています。
- ・余暇・レクリエーションでは、利用者の希望を反映し、主体的な企画・立案への側面支援をされています。
茶道・華道は外部講師を招聘し、また毎月第3日曜日には近隣のボランティアによる喫茶が行われ参加等地域の社会資源を活用されています。
- ・外出・外泊では、個々行動特性等より外出可能範囲等外出区分を設けた外出・外泊マニュアルに基づき、利用者の希望に応じた外泊が実施されています。
- ・所持金・預かり金の管理では、法人預かり金管理事務処理要綱及び「生活支援に関するマニュアル」金銭管理に関する支援に基づき自己管理に向けた体制が整備されています。また地域移行に向けた金銭管理訓練プログラムも計画的に実施されています。
- ・新聞・雑誌では、共有のものは部屋に持ち込まない等自治会で基本ルールを決めています。
- ・嗜好品については、基本ルールは自治会で協議し、健康上の影響等医師の説明を受けた利用者に制限し、害についての正しい認識を持てるよう工夫をし、実施されています。

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	13	8	61.5
I-2 計画の策定	16	10	62.5
I-3 管理者の責任とリーダーシップ	15	13	86.7
II-1 経営状況の把握	8	7	87.5
II-2 人材の確保・養成	31	23	74.2
II-3 安全管理	12	12	100.0
II-4 地域との交流と連携	23	20	87.0
III-1 利用者本位の福祉サービス	28	25	89.3
III-2 サービスの質の確保	23	22	95.7
III-3 サービスの開始・継続	16	13	81.3
III-4 サービス実施計画の策定	12	10	83.3



A 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
1-(1) 利用者の尊重	17	17	100.0
1-(2) 利用者の権利擁護	10	10	100.0
2-(1) 食事	12	12	100.0
2-(2) 入浴	8	8	100.0
2-(3) 排泄	10	10	100.0
2-(4) 衣服	6	6	100.0
2-(5) 理容・美容	5	5	100.0
2-(6) 睡眠	5	4	80.0
2-(7) 健康管理	14	14	100.0
2-(8) 余暇・レクリエーション	5	5	100.0
2-(9) 外出・外泊	7	7	100.0
2-(10) 所持金・預かり金の管理等	11	11	100.0

