

兵庫県福祉サービス第三者評価  
評価結果報告書

施設名 : 生活介護はるみ八代  
( 生活介護 )

評価実施期間 2021年 4月 21日 ~ 2022年 1月 31日

実地(訪問)調査日 2021年 11月 17日

評価決定委員会開催日 2021年 12月 27日

2022年 2月 21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：生活介護はるみ八代	種別：生活介護
代表者氏名：寺本 麻里子	定員（利用人数）： 10 名
所在地：〒670-0885 姫路市八代宮前町15番1	
TEL：079-260-7399	ホームページ： <a href="https://bestcare-h.jp/">https://bestcare-h.jp/</a>
【施設・事業所の概要】	
開設年月日：平成30年12月1日	
経営法人・設置主体（法人名）：株式会社ベスト・ケア	
職員数	常勤職員： 3 名 非常勤職員： 7 名
専門職員 ※（ ）はうち非常勤職員を明記	サービス管理責任者 1 名 理学療法士 2 名
	生活支援員 3 名 調理員 3 名
	看護師 3 名 嘱託医 1 名
施設・設備の 概要	作業機能訓練室 1 台所 1
	多目的室 1 トイレ洗面所 2
	事務室 1 相談室 1
	浴室 1

### ③理念・基本方針

1. 障害児、者、高齢者が住み慣れた地域で、心身ともに安心して自分らしく、自立した基本的生活を送ることができるよう、個人のニーズに応じた最善の支援をさせていただきます。
2. 支援にかかわる人材の知識、技術の習得意欲を喚起し、専門職としての質向上に努め、適切な安定した支援が継続できるよう努めさせていただきます。
3. 関係機関、団体や学校、行政、主治医、保護者と連携して共生社会の実現に向けた後方支援をさせていただきます。

### ④施設・事業所の特徴的な取組

1. 住み慣れた在宅で、家族との生活を継続しながら、家族の介護負担軽減と可能な限りの就労支援、更に日常生活面での生活を支援することに取り組んでいる。
2. 潜在された個人の能力を引き出し自立支援につなげるために、クラブ活動制を導入し、社会生活支援にとりくんでいる。クラブ活動・・・料理クラブ、園芸クラブ、図書クラブ（個人にあった図書支援）、体育クラブ、書道クラブ、美術クラブ（美術教員による絵画、創作活動）、戸外活動等のクラブ活動を行っている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和3年4月21日（契約日）～ 令和4年1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 年度）

⑥総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p><b>○ 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ます。</b>                  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（事故・ヒヤリハット委員会）が構築されて、事故発生時の対応は「苦情・相談・事故対応マニュアル」にて手順を明確にし、職員にも周知されています。ヒヤリハット事例の収集が積極的に行われて、半年に一度は集計を取って事故対策会議を行い発生要因の分析や防止策を検討して事故状況の評価・見直しが行われています。                  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（感染委員会）を整備し取り組みが行われています。また、予防と発生時などの対応として、「感染症と食中毒発生時の対応マニュアル」が整備されて職員にも周知されています。                  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行われています。「防災及び非常災害時対応マニュアル」にもとづき、災害時のフローチャートを作成し体制を定めています。また、立地条件などから「避難確保計画」の策定がされて、利用者・家族や職員の安否確認などの取り組みもされています。</p> <p><b>○ 利用者自身が行ったり、選択できるよう、家族と連携した自立と自律に向けた生活支援の取り組みが行われています。</b>                  アセスメントシートから、利用者の心身の状況や望まれる生活様式などの把握に努められ、利用者が自ら行ったり、決めることを大切にされた考えのもと、排泄能力の自己管理できるよう見守る支援や自分で食べることの喜びを感じられる支援、自己選択ができる場面を提供するなど、家族と協議しながら利用者の自立と自律のための支援が行われています。</p>
<p>◇改善を求められる点</p> <p><b>○ 中・長期的なビジョンを明確にした具体的な「中・長期計画」が策定されていません。</b>                  会社理念や基本方針の実現に向けた法人の中期計画（2013年度～2023年度）の目標（ビジョン）が事業計画に明示されていますが、具体的な計画までには至っていません。今後は、中・長期計画（3～5年）の目標（ビジョン）を実現するために、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成などに関する具体的な計画となっている必要があります。また、「中・長期の収支計画」の策定や年1回以上の見直しも望めます。</p> <p><b>○ 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、各取り組みの関連性を整理し連動していくことが重要です。</b>                  昨今、サービスの提供については、業務の改善が図られており、多様な取り組みが展開されていることがうかがえます。今後は、苦情や相談、個別支援計画、サービスマニュアル、日々のケア記録など、サービスにかかる情報の関連性を整理され、連動した仕組みを構築することによって、サービスの質の向上を図っていくことが重要です。</p>

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

- ・今後のサービス向上、適切な施設運営に必要な具体的指針が明確になり、改善点が明らかになりました。特にPDCAサイクルに基づいた計画評価見直しを含め1つ1つ改善し、より利用者に安心して利用できる施設にしていきます。
- ・全ての職員が今回の評価基準を理解して業務に携われるよう周知し、意識改革に繋がれるようにします。

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> ○ 事業所の使命や目指す方向性を示した会社理念が事業所内に掲示され、ホームページ・事業計画などに記載されています。事業所の基本方針「課題（目標）」は、基本理念との整合性が読み取れる内容となっており、事業計画に記載され、定例研修会や職員会議でもより理解を徹底する継続的な取り組みがなされています。また、わかりやすく説明した資料(事業所案内・パンフレットなど)を作成するなど、利用者や家族へ周知する工夫が図られています。		

#### 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は、関係機関の情報を把握・分析され、姫路市内における、放課後等デイサービスの事業所数の推移や需要の把握を行政の福祉計画から確認されています。また、地域の利用者に関するニーズを年2回実施している保護者会で把握されおり、事業所で作成する月次実績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。	b
<コメント> ○ 毎月の収支の把握をして、経営状況の共有を役員間で行っていることがうかがえます。また、毎月の管理者による面談や研修日にはパート社員も含めた業務改善会議を開催し経営状況を周知されています。経営問題に関しての解決や改善への取り組みとして、節電や無駄な出費の抑制、時間の有効活用など具体的な取り組みが推進されています。 ○ 今後は、事業経営をとりまく環境と経営状況の把握・分析にもとづき、具体的な課題や問題点を文書化することが望まれます。		

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> ○ 会社理念や基本方針の実現に向けた法人の中・長期計画（2013年度～2023年度）の目標（ビジョン）が事業計画に明文化されていますが、具体的な内容までには至っていません。 ○ 今後は、中・長期計画（3～5年）の目標を実現するために、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成などに関する具体的な計画の策定や年1回以上の見直しも望まれます。		
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。	b
<コメント> ○ 法人の中・長期計画（2013年度～2023年度）の目標（ビジョン）が事業計画に明文化されていますが、事業所の具体的な単年度事業計画には至っていません。 ○ 今後は、単年度事業計画に具体的な事業内容が示され、数値化などできる限り定量的な分析や評価ができる実行可能な計画であることが必要です。		
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> ○ 事業計画の策定は職員参加で策定会議をしたうえで作成されています。事業計画は、毎月研修日に確認を行い、3月に1年の自己評価をする手順となっています。また、今年度事業計画に前年度目標と結果を記載し、実績にもとづいた事業計画となるよう見直しが行われています。		
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。	a
<コメント> ○ 事業計画の内容を保護者会で説明するとともに、要望や意見を聞き運営に反映するために利用者も参加できるよう工夫されています。また、説明の際は、パワーポイントを用いて、より具体的に理解してもらえるようビジュアル化が行われています。		

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
<コメント> ○ 事業目標を一人ひとりが作成し、年に一度自己評価が行われています。毎月の管理者面談においても、目標設定した事柄についての達成状況の確認が行われています。 ○ 今後は、福祉サービスの質の向上に向けた評価基準の設定や体制づくり（サービス向上委員会など）を図ることで、PDCAサイクル(改善に向けたサイクル)を継続して実施す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>○ 事業計画に、数値化した前年度の事業分析を明示し、それにもとづいた課題（目標）を明示されています。職員一人ひとりに配布して、課題の確認を行い共有されています。</li> <li>○ 今後は、評価結果にもとづく改善課題について、職員の参画のもとで改善策や改善計画を策定し、改善のための取り組みを計画的に行うとともに、実施状況の評価にもとづいて、必要に応じて改善計画の見直しを行うことが望まれます。</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。	a
<コメント> ○ 管理者は、職務分掌規程において、方針を文書化して明示し、毎月の「おたより」にあいさつや管理者として事業に取り組む考え（役割と責任）について表明されています。また、職務分掌規程において社長不在時の権限委任などを明示し、役割と責任について組織図を掲示して周知されています。		
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「介護サービス事業者の倫理・法令遵守研修」を受講しており、利害関係者との適正な関係を保持するために、社内ルールを遵守されています。また、県・市・重症児ネットワークなどの情報を必要に応じて取得するとともに、「介護サービス事業者のコンプライアンス」講習を受講しており、必要な法令は随時職員へメールを配信し周知されています。 ○ 今後は、事業所運営に必要な幅広い分野の法令等を把握して、遵守するための職員への周知について取組が望まれます。		
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> ○ 福祉サービスの質の向上に向けて、月に一度の研修会で、業務改善会議を実施し、パート社員を含めた全職員からの意見を聞いて、改善のための具体的な取り組みを指示されています。また、研修教育計画の作成では、福祉サービスの質の向上に向け、社内研修が有意義なものとなるよう充実を図っています。 ○ 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体制づくり（サービス向上委員会など）と、管理者自ら年1回以上の自己評価を行うことで、現状分析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、経営状況を踏まえた組織作りをしており、勤務表の確認や人員配置の考案についても積極的に参加して、働きやすい環境整備に努められています。また、経営の改善や業務の実効性を高めるために組織内の経営改善研修（会議）に、自らもその活動に積極的に参画されています。 ○ 今後は、経營業務の効率化や改善について、組織内に同様の意識を形成するための会議や研修を通じ周知していくことが望まれます。		

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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 必要な福祉人材や人員体制については、会社理念に応じた人材確保や育成が事業計画に明示されていますが、具体的な計画(人事プラン)には至っていません。人材確保については、ハローワークによる募集、ホームページによる採用活動をメインに行っています。</li> <li>○ 今後は、人事プランの策定にあたり「会社理念・基本方針や事業計画」に沿って、必要な人数や、体制、あるいは常勤職員と非常勤職員の比率のほか、福祉サービスの提供に関わる有資格職員の配置も含めて立案されることが望まれます。</li> </ul>		
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"> <li>○ 「期待する職員像等」は会社理念や事業計画に示されていますが具体的ではありません。人事基準や人事評価、処遇水準などは就業規則に則り対応され、業務に関する自己評価が実施されています。経営改善研修(会議)により、個々の将来像について話をされていることがうかがえます。</li> <li>○ 今後は、「期待する職員像等」は、職員の基本姿勢や求める意識などを具体的にイメージできるとともに、職員が、自ら将来の姿を描くことができるような総合的な仕組みづくり(キャリアパス制度など)が望まれます。</li> </ul>		
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"> <li>○ 管理者を中心に労務管理体制を明確にしており、職員の就業状況を毎日グループメールにて把握されています。また、毎月の管理者面談の実施で相談できるように配慮がされるとともに、福利厚生面では昼食の提供、定期的な親睦会の実施や家庭の事情に合わせた勤務配慮を実施し、年間の有給取得を計画的に取得できるようにするなど、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。</li> <li>○ 今後は、検討された改善策などが、人事計画(プラン)に反映されていることや次世代育成支援対策推進法にもとづく事業主行動計画の策定、改正育児休業法への適切な対応などを確立していくことが望まれます。</li> </ul>		
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> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 「期待する職員像等」は会社理念や事業計画に示されていますが具体的ではありません。一人ひとりが個人で事業目標を作成して、月に一度、面談をして目標を達成できるシステムを構築されています。目標を設定するに当たり、管理者による確認の実施、年度評価の確認が行われています。</li> <li>○ 職員個々に応じた目標項目や目標水準、目標期限など明確化されたものは確認できませんでした。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、職員一人ひとりの知識や経験に応じた育成が望まれます。</li> </ul>		

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"> <li>○ 「期待する職員像等」は会社理念や事業計画に示されていますが具体的ではありません。年間教育研修計画にもとづき計画的に研修が実施され、年1回職員の評価を実施し、次期研修計画の再検討を行っています。</li> <li>○ 今後は、職員に求める専門技術や専門資格を基本方針などに明示することや研修計画、研修内容などの評価・見直しが望まれます。</li> </ul>		
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"> <li>○ 職員の知識技術の習得、専門資格の取得状況を把握し、所持資格について掲示しています。新入社員へのOJT（職務に通じた研修）については、経験や習熟度を考慮した上で、新入社員研修マニュアルに沿って実施されています。さらに、職員全体で研修項目を『重症心身障害児者のケア』から選定し担当を決めて行っています。職員全員が研修に参加できるように年間で研修実施日を決定しています。</li> <li>○ 今後は、階層別研修、職種別研修、テーマ別研修などの機会を確保し、職員の職務や必要とする知識・技術水準に応じた教育・研修を実施されることが望まれます。</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>○ 会社理念において「関係機関、団体や学校、行政、主治医、保護者と連携して共生社会の実現に向けた後方支援」を明記し、実習生などの受入れや協力体制について周知していますが、開設以来受け入れの事例はありません。</li> <li>○ 福祉の人材を育成すること、また専門職の研修・育成への協力は、施設・事業所の社会的責務の一つとして、今後は、実習生など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（指導者研修）やマニュアルの整備、効果的なプログラムを用意するなど、積極的な取り組みが期待されます。</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>○ 運営の透明性を確保するために、ホームページを活用し、会社理念や提供するサービスの内容や各事業所の活動内容などを公開しています。また、放課後等デイサービス自己評価の結果についても公表されていますが、第三者評価の受審（今回は初審）や苦情・相談体制などは公表されていません。</li> <li>○ 今後は、ホームページを改善して、事業計画・事業報告・予算・決算情報や第三者評価の受審や苦情・相談体制など積極的な情報公開が望まれます。</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>○ 事業所における事務、経理、取引に関するルールや職務分掌規定が整備されて、権限・責任は職員などに周知されています。内部監査については毎月末に職員2名ずつで全事業所の事業経営、運営のチェックを行い、適正化を図っています。また、必要に応じて外部の専門家(担当の公認会計士事務所や社会保険労務士事務所)に相談していますが、外部監査についての報告書は確認できませんでした。</li> <li>○ 今後は、法人運営の透明性を確保するために、5年に一度程度の外部監査の活用が望まれます。</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> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 地域との関わり方については、会社理念に「関係機関、団体や学校、行政、主治医、保護者と連携して共生社会の実現に向けた後方支援」と明記され、地域との交流を図るため、毎月の行事を開催し、地域住民への周知と参加を促しています。行事日には看護師による福祉・健康に関する相談窓口を設置し、健康チェック(バイタルチェック、酸素飽和度、身長体重測定など)を実施しています。</li> </ul>		
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> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ボランティア受入れや地域の学校などへの協力については、会社理念において「関係機関、団体や学校、行政、主治医、保護者と連携して共生社会の実現に向けた後方支援」を検討し、明記しています。また、ボランティア受入れの事例はありませんが、教員実習の受け入れなど学校教育に協力しています。</li> <li>○ ボランティアの受け入れは、地域社会と福祉施設・事業所をつなぐ柱の一つとして位置づけることができます。また、施設・事業所は、社会福祉に関する知識と専門性を有する地域の社会資源として、地域の学校教育や体験教室の学習などへの協力がその役割の一つとして考えられます。今後は、「ボランティア受け入れマニュアル」の整備や必要な研修支援など積極的な取り組みが望まれます。</li> </ul>		
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> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 利用者の心身の状況に応じて利用者によりよい福祉サービスを提供するために、個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示し、リストなどを職員がいつでも活用できるようにされています。また、関係機関との連携については、利用時の状態や今後の支援課題を共有するための担当者会議や退院前担当者会議、卒業前担当者会議に積極的に参加しています。</li> <li>○ 今後は、利用者の生活ニーズの解決に加えて、地域福祉の共通課題に向けたネットワークづくりが望まれます。</li> </ul>		

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>&lt;コメント&gt;</p> <p>○ 地域の福祉向上への取り組みとして、事業所の情報や活動内容を姫路獨協大学の福祉展示会にて出展しています。月間行事日には看護師による福祉・健康に関する相談窓口の設置をしています。また、災害時には避難場所となる場合を想定して、事業所駐車場内や施設内は常に動線の確保とスペースを十分にとり整備しています。地域活性化やまちづくり参画として、多様な機関、事業所と連携して毎月の行事を開催し、地域住民への周知と参加を促しています。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>○ 地域住民の福祉ニーズを把握し貢献するための取り組みを積極的に行っています。地域の民生委員・児童委員などとも交流があります。月間行事日には看護師による福祉・健康に関する相談窓口の設置や、健康チェックを実施する等、地域住民に対し多様な相談に応じられるよう工夫しています。多様な機関、事業所と連携して毎月の行事を開催し、地域の福祉ニーズの把握に努めています。地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動の一環として、中・長期計画で取り組んできた「短期入所はるみ宮前」が来春(3月)に開設されます。</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。	a
<コメント> ○ 会社理念が事務所内に掲示され、倫理規定を入職時のオリエンテーションや研修日に周知し、利用者を尊重した基本姿勢を明確にされています。また、権利擁護セルフチェックを実施し、周知状況を確認されています。今後は、セルフチェックを成人用のものを利用し年齢などにふさわしい取り組みが期待されます。		
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
<コメント> ○ 利用者のプライバシー保護マニュアルが整備され、虐待防止など権利擁護についても職員に研修で周知されています。 ○ 今後は、不適切な事案が発生した時を想定した対応方法を明確にすることが望まれます。		
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> ○ 支援学校などにパンフレットを配布し、希望者には体験利用や見学を積極的に受け入れています。また、施設案内には図や絵で分かりやすく工夫され、利用希望者への説明には、サービスの料金、日中活動など丁寧に説明がなされています。		
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> ○ サービス開始時には重要事項説明に加え、スケジュールやプログラムを利用者や家族にわかりやすくパワーポイントを使用した資料で説明し、質問や不安な点に詳しく対応しています。 ○ 今後は、意思決定が困難な利用者・家族に適正な方法（成年後見制度などの利用）がとれる仕組みの構築が望まれます。		
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
<コメント> ○ 事業所、サービス内容の変更には、相談支援事業所と連携し、支援計画を引き継ぎ、利用者の不利益にならないよう、継続性に配慮されています。 ○ 今後は、他の施設、事業所の移行の際に引き継ぎ、申し送りの手順などを整備することが望まれます。		

33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上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>○ 年1度の「利用者満足度アンケート」や毎月の「おたより」送付の際に、希望・要望ご意見など自由記載してもらえ「意見書」の送付も実施されています。保護者会を年2回開催し、利用者満足を把握できるようにしています。年度末に事業計画検討会議を開催して、年1度の「利用者満足度アンケート」や毎月の「意見書」の内容を分析・検討して、具体的な改善に反映されています。</li> <li>○ 今後は、改善策の検討において、利用者や家族の参画が期待されます。</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>○ 「利用者満足度アンケート」や「意見書」を通じて、利用者の意向が把握されています。また、苦情があった場合は、マニュアルにもとづき対策会議を開催し、報告書を作成し、利用者・家族にもフィードバックするとともに、保護者会にて、苦情件数、内容を公開されています。</li> <li>○ 今後は、第三者委員をなど、苦情解決体制を充実させるとともに、分かりやすく明示していくことが望まれます。</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>○ 重要事項説明書に相談・苦情窓口担当者や、相談窓口となる自治体の記載もされています。また、事業所内にも重要事項説明書が掲示されています。相談や、意見を述べやすいスペース(相談室)を確保してプライバシーにも配慮されています。</li> <li>○ 今後は、日常的に接する職員以外に、相談窓口を設置するなど、専門的な相談、あるいは施設・事業所において直接相談しにくい内容の相談等、相談内容によって複数の相談方法や相談相手をわかりやすく説明した文書を作成するとともに、わかりやすい場所に掲示することが望まれます。</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。	a
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 受付してからのフローチャートを「苦情・相談・事故対応マニュアル」に記載しています。マニュアルの見直しは「マニュアル委員会」で年4回開催して検討されています。毎月の「おたより」送付の際に、希望・要望・ご意見など自由記載してもらえ「意見書」の送付も実施し、保護者会を年2回(6月、12月)開催し、職員も参加して適切な相談対応に努めています。また、相談・意見は内容により24時間以内に対応するよう努められています。相談や意見の内容にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取り組み事例もうかがえました。</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。	a
<コメント> ○ リスクマネジメント体制では、「事故・ヒヤリハット委員会」が整備されています。事故発生時の対応は「苦情・相談・事故対応マニュアル」にて手順を明確にし、職員に周知されています。ヒヤリハット事例の収集が積極的に行われて、半年に一度は集計を取って事故対策会議を行い、発生要因の分析や防止策を検討して事故状況の評価・見直しを行っています。年間研修計画により、リスクマネジメントに関する研修も行われています。		
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
<コメント> ○ 感染症対策として、「感染委員会」を設置しています。また、予防と発生時などの対応として、「感染症と食中毒発生時の対応マニュアル」が整備されて職員に周知されています。年間研修計画にも「感染症予防・対策」を位置づけ、年1回研修の機会を設けています。予防策として、「マスク、フェイスシールド、手袋、エプロンの着用」や2時間に1回の施設や車両の消毒、利用者職員の手指消毒やうがいを徹底されています。マニュアルの見直しは「マニュアル委員会」で年4回開催して検討されています。		
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
<コメント> ○ 「防災及び非常災害時対応マニュアル」にもとづき、災害時のフローチャートを作成し体制を定めています。また、立地条件などから「避難確保計画」の策定をし、ハザードマップにおいて避難場所の確認を行い、移動方法の取り決め、避難の順番などを定めています。備蓄リストを作成して、備品、食材それぞれに担当者を設けて把握しています。また、利用者・家族や職員の安否確認などの取り組みもされています。年に2回避難訓練を消防署と連携し実施していますが、地域での合同避難訓練はコロナ禍の影響で実施されていません。 ○ 今後は、災害における安全管理の取り組みに地域住民の参加や連携が望まれます。		

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> ○ 食事や排せつなど基本的な支援についての手順や留意点については、重症心身障害児のケアの基本をベースに標準化が図られています。また、その方法は、研修日の会議等で周知していることがうかがえます。 ○ 今後は、標準的な実施方法に基づいて、実施されているかチェック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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 標準的な実施方法については、月1回の実務研修で内容を確認し、年に1回、担当者の提案により質問と事例検討を行う機会を設け、集中的に見直しを行っていることがうかがえました。</li> <li>○ 今後は、検証・見直しにあたり、個別的な福祉サービス実施計画の内容が必要に応じて反映される仕組みづくりが望まれます。</li> </ul>		
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"> <li>○ 利用者の意思に基づいて、児童指導員、機能訓練指導員や音楽療法士など、各担当者によりアセスメントが実施され、個別支援計画書作成前会議において関係職員で話し合い、一人ひとりの実態に即した個別支援計画を作成され、支援にあたっています。また、計画の進行状態は日々の報告などで行われ、情報を共有しています。</li> <li>○ 個別支援計画に沿って個々のサービスが行われているか確認する仕組みづくりが望まれます。</li> </ul>		
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"> <li>○ 個別支援計画の見直しは、5月、11月に行われ計画検討会議として組織的な仕組みが定まっています。</li> <li>○ 個別支援計画に沿って個々のサービスが行われているか確認する仕組みづくりや、PDCAサイクル（改善に向けたサイクル）に沿った個別支援計画が作成できる仕組みづくりが望まれます。</li> </ul>		
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"> <li>○ 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や社用携帯電話を活用して、日々のサービス提供記録にサービスの実施の様子を日常的に入力し、職員間で情報の共有が行われています。</li> <li>○ 今後は、計画に基づくサービスが実施されていることが明確にできる仕組みや、記録作成について書き方などを統一する仕組みづくりが望まれます。</li> </ul>		
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"> <li>○ 利用者に関する記録の管理について、社内マニュアルに「個人情報保護マニュアル」を整備されており、また、年間研修計画に「個人情報保護研修」を組み込み、周知するとともに、個人情報の取り扱いについて、契約時に利用者への同意が行われています。</li> <li>○ 今後は、記録管理の責任者の設置や、不適正利用や漏洩に対する対応方法、などを明確にする取り組みが望まれます。</li> </ul>		

## 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

- 利用者の希望を日々確認しながら自己決定を大切に利用者一人ひとりに対する個別の支援が行われています。
- 権利擁護セルフチェックリストを用いて、職員間で利用者の意思を大切に考えた考え方について法人全体の職員研修の中で共通理解が図られています。
- 今後は、権利侵害の防止に向けた具体的な事例や内容を利用者に周知する取り組みが期待されます。

### 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。	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。	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。	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。	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

<ul style="list-style-type: none"> <li>○ アセスメントシートから、利用者の心身の状況や望まれる生活様式などの把握に努められ、利用者が自ら行ったり、決めることを大切に考えた考えのもと、家族と協議しながら利用者の自立と自律のための支援が行われています。</li> <li>○ 言語によるコミュニケーションが困難な利用者に対して、ipadのアプリケーションを用いて、まばたきや表情を見ながら非言語による情報収集を通じたコミュニケーション支援が行われています。</li> <li>○ 利用者の健康状態の把握や健康相談について、日々家族や医師、看護師、相談支援専門員などをはじめとする、他事業所と連携した情報共有が行われています。</li> <li>○ 障害に関する専門的な知識をマニュアルや「重症心身障害児者のケア」に基づいて年間を通じた研修計画に定め、職員の知識の習得に努められています。</li> <li>○ 利用者の心身の状況に応じてソフト食やミキサー食、ゼリー食など多様な食事形態が用意されています。また、入浴は音楽をかけてリラックスできるよう、安全に配慮し、二人介助での入浴を行うなど、個別支援計画にもとづく日常的な生活支援が展開されています。</li> <li>○ 相談支援事業所や他の事業所と連携し、地域生活への移行のための支援が積極的に行われています。</li> <li>○ 利用者の体調不良や急変時への対応はマニュアルが整備されていますが、利用者の体調不良時や急変時の家族への連絡方法や報告の手順が明確ではありません。今後は、体調不良や急変時の対応について、具体的なルール化を進められることが望まれます。</li> </ul>
--

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

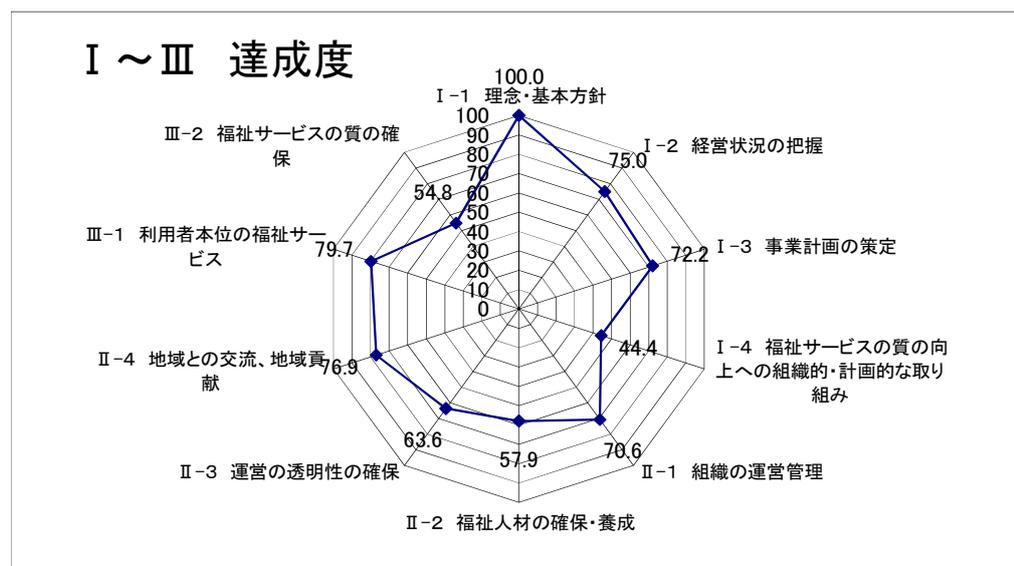
--

(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	6	75.0
I-3 事業計画の策定	18	13	72.2
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	4	44.4
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	22	57.9
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	20	76.9
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	17	54.8
	228	158	69.3



## 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	2	33.3
2-(1) 支援の基本	26	20	76.9
2-(2) 日常的な生活支援	5	4	80.0
2-(3) 生活環境	5	2	40.0
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	7	63.6
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	58	73.4
	307	216	70.4

