

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CSウオッチ

②施設・事業所情報

名称： ななくさ 厚生院	種別： 救護施設	
代表者氏名： 坪井 秀親	定員（利用人数）： 100（107） 名	
所在地： 兵庫県西宮市山口町下山口1650番地36		
TEL 078-903-1664	ホームページ： http://www.nanakusa.or.jp/	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日： 昭和43年7月10日		
経営法人・設置主体（法人名）： 社会福祉法人 阪神福祉事業団		
職員数	常勤職員： 30 名	非常勤職員： 8 名
専門職員	(専門職の名称) 名	
	社会福祉士 5	
	介護福祉士 11	
	精神保健衛生士 2	
	看護師 2	1
	保育士 2	0
施設・設備の概要	(居室数) 21室	(設備等)
	1~3人部屋 (5室) 5~6人部屋 (16室)	食道1、浴室1、洗面所2、便所6、医務室1、機能訓練室1、洗濯室2 娯楽室1、面会室1等

③理念・基本方針（当施設）

ななくさ厚生院においては、従前からの入所利用者の日常生活支援に加え、居宅生活訓練事業、保護施設通所事業の継続実施は各市町から期待されており、計画的に対象者を確保し、定期的に地域移行を送り出していけるよう制度を高める。

④施設・事業所の特徴的な取組

- ・院内作業では多種類の日中作業活動を充実することで、利用者の生活歴や障がい特性に応じた作業参加を促し、生活のメリハリをつけている。
- ・地域移行を積極的に実施し、利用者の障がいなどを考慮して、福祉事務所や各関係機関と協力・協議し行っている。
- ・長期利用の利用者の方の退所促進をしている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成30年4月25日（契約日）～ 平成31年1月28日（評価結果確定日）
受審回数 （前回の受審時期）	2回（平成27年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

- ・ 前回平成27年度に初回外部評価を行い、その後定めた評価基準にもとづく自己評価を推進し、前回指摘課題等と共に仕組み及び課題に対する工夫、改善を進め、職員理解が進み前回に比べ全体的にサービスの質の向上が図られている。
- ・ 平成29年に厚生院中長期経営計画概要を再整備し、今年度事業計画の実施を着実にする目的で重要課題別の3チーム(第三者評価受審、利用者支援推進、移転改築推進)を編成し、全職員がいずれかに所属する仕組みを整備して支援サービスの質の向上に向けた積極的な取組を推進している。
- ・ 従来より、人事考課制度にPDCAサイクル活用のDo-capシートを活用した評価を推進し、各重要業務プロセスに横展開され機能している。
- ・ 厚生院の専門性(利用者作業班による木工品、窯業製品、小物アクセサリ等)や隣接の診療所を有す立地特性を活かし、名塩赤坂自治会開催の夏祭り展示即売や参加者への感染症(食中毒)予防公開セミナーを開催し、厚生院の有する機能を地域に還元している。
- ・ 救護施設特性の3障がい(知的、身体、精神と重複者)及び近年増大傾向のDV被害者、触法者等環境変化の中、利用者尊重の福祉サービス提供について共通の理解を深めるため、県キャリア形成訪問指導事業を活用し、外部講師招聘による職業倫理に関する接遇研修を中期課題として計画、年2回実施して日々の支援を通じ接遇セルフチェックリストを活用し、職員個々の評価・分析ができる仕組みを整備・実践し、管理職以下全職員による取組を推進している。

◇改善を求められる点

- ・ 利用者・家族等に対し、理念・基本方針等の周知状況を高めるプロセスの定着化が望まれる。
- ・ 地域の活性化やまちづくり貢献に関し、現在ニーズ調査段階であり、これら地域の重要な利害関係者を整備し、効果的なニーズ入手を図り、これらの計画的な推進が望まれる。
- ・ 生活支援マニュアルに利用者尊重やプライバシー保護及び権利擁護に関わる姿勢を明示の上、当該マニュアルの研修実施が望まれる。
- ・ 日常生活支援の標準的な支援方法として位置づけの生活支援マニュアルに利用者尊重やプライバシー保護や権利擁護に関わる姿勢を明記し、また標準的な実施方法にそぐわない福祉サービスが提供されている場合の対処方法の明確な記載による実施確認の仕組み再整備が望まれる。
- ・ 利用者の権利侵害の防止等のため、具体的な内容・事例を収集・提示して利用者へ周知・理解への工夫による推進が望まれる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

サービスの質の向上(改善)に結びつけるとともに、

- ①今後の具体的な目標設定につなげる
 - ②職員の自覚と改善意欲の醸成、諸課題の共有化を図る
- に繋がる結果となりました。

今後もPDCAサイクルの内の特にCとAの実施と確認に注意を払って参ります。

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。

(別紙)

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。	a・(b)・c
<コメント> ・運営理念、倫理綱領、行動規範は明文化され、法人内文書、広報誌、ホームページ等に掲載し、職員には、これらと虐待の防止、職員の心がけを記した「職員必携」を全職員に配布し、職員会議での読合せ時、日常支援時の活用等で周知を図り、人事考課面接等で周知状況確認を実施している。利用者には日中共用場所や玄関に掲示し、自治会での説明と共に周知状況を随時確認している。 ・利用者・家族等に対し、理念・基本方針等の周知状況を高めるプロセスの定着化が望まれる。		

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)・b・c
<コメント> ・日頃の当該自治体保護担当者との連携はもとより「西宮市地域移行部会への参加、6市1町保護担当者会、近隣病院ケースワーカー連絡会の主催」定期参加や全国救護施設協議会HP活用、県内救護施設連絡会等より社会福祉事業全体の動向や各種福祉計画策定動向、ニーズ等事業をとりまく環境と変化等を入手し、経営会議及び調整会議で評価・分析し、職員会議で報告して共有化を推進し、経営環境の変化等に適切に対応している。		
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)・b・c
<コメント> ・平成29年2月に厚生院中長期経営計画概要を整備し、同計画の推進課題にもとづく今年度重要課題別の3チーム(第三者評価受審、利用者支援推進、移転改築推進)を編成し、全職員がいずれかに所属する仕組みを整備、運用している。各チームよりの課題等管理者参加の経営会議、調整会議で現状分析し具体的な課題や問題点を明らかにした取組みを推進し、これら経営状況や改善すべき課題は役員間で共有がなされ毎月開催の職員会議で経過報告して職員に周知を図っている。		

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)・b・c
<コメント> ・厚生院中期経営計画概要は運営理念、倫理規程、行動規範の実現に向け、現状を踏まえ、①職員接遇、人材育成②地域貢献メニューの調査と展開③収入確保の方策④積立計画の推進課題と目標を明確にし、これらの経営課題や問題点の解決・改善に向けた具体的な内として数値目標や具体的成果等実施状況の評価がし易い内容としている。		

<p>・中期経営計画は、本年度事業計画に反映して収益に関し随時検証し、実施しているが、その他は本年度末に向け見直し課題を整備中である。</p>		
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・b・c
<p><コメント></p> <p>・中期経営計画の内容を反映した具体的な事業計画が策定され、これら目標の実施を着実にする目的で今年度は重要課題別の3チーム(第三者評価受審、利用者支援推進、移転改築推進)を編成し、全職員がいずれかのチームに属し、実行可能な数値目標や具体的成果等を設定し、事業計画の目標が月次の調整会議、支援会議で実施状況の分析、評価がよりし易い仕組みを整備し、実施している。</p>		
<p>I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。</p>		
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・b・c
<p><コメント></p> <p>・事業計画は、策定時に前年度の実施状況の課題に関し、職員に意見等協力依頼し、集約・反映のもとで、法人で定められた時期、手順にもとづいて把握し、かつ全職員が重要課題別の3チームのいずれかに属し事業計画推進の仕組みを整備している。</p> <p>・年1回の評価基準にもとづくサービス検討委員会による自己評価実施の中で、事業計画の改善課題明確化に伴う改善及び見直し等を月次調整会議、支援会議で評価・分析し、結果を当施設経営会議で検証し、職員会議等で周知を図り理解を促す取組みが行われている。</p>		
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・b・c
<p><コメント></p> <p>・事業計画は、年度当初の「厚生院だより」で図式化した概要を掲載、自治会で役員に説明等を行い、家族訪問機会として玄関に掲示等の周知を図っている。施設利用者特性より家族等への当該周知状況が一部不明瞭である。今回アンケートで数名の家族等回答根拠より、少数でもこれら個々家族等へ参加を促す観点から、年度当初の「厚生院だより」等事業計画の配布等更なる周知工夫が期待される。</p>		

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
<p>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。</p>		
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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>・福祉サービスの質の向上に向けた取組として①本年度事業計画の重要課題別の3チームを編成し、全職員がいずれかに属し推進する仕組みを整備、各チームリーダー(主任)のもとPDCAサイクルにもとづく福祉サービス実施を組織的に推進し、主任会議で結果集約し、管理職、主任、事務担当構成の調整会議で分析・検討し、結果を経営会議(管理職と事務担当)で検証の場と位置づけ機能している。</p> <p>・定められた評価基準にもとづき年1回サービス向上委員会主体で自己評価を実施し、3年毎に第三者評価を実施している。</p>		
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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>・年1回の評価基準にもとづく自己評価等の評価はサービス検討委員会で行い、文書化して職員会議等で報告され課題の共有化を図っている。</p> <p>・サービス検討委員会では、当該課題担当以外のチームが進行役を行い、評価結果は別途実施の施設内研修接遇セルフチェックシート活用結果課題(地域との交流、職員の接し方等)等と比較検証し、年度内改善分と次年度以降計画推進課題等分別して、必要に応じて計画の見直しをする仕組みを整備し、</p>		

計画的な改善策の取組みを実施している。

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)・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者は、運営・管理に関する方針と取組を明確にした「平成30年度ななくさ厚生院 施設長の職責」を文書化して各会議等職員への説明とともに全職員に配布し、厚生院だよりもに掲載し院内に掲示、表明して周知を図っている。 ・有事における管理者の役割と責任も明確にして、不在時の権限委任等も明確化している。 		
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・(b)・c
<ul style="list-style-type: none"> ・管理者は遵守すべき法令等を理解し、利害関係者との適正な関係を保持に努めている。 ・当院組織運営に関わる環境への配慮等を含む幅広い分野に関する法令一覧を整備中である。 ・職員に対する法令遵守として公用車等の安全運転、運営管理上のリスク管理等の徹底、他施設関連事例等活用し、周知、遵守の取組みを実施している。 ・管理者は遵守すべき法令等を理解し、利害関係者との適正な関係保持に努めている。 ・職員に対する法令遵守として公用車等の安全運転、運営管理上のリスク管理等の徹底、他施設関連事例等活用し、周知、遵守の取組みを実施している。 		
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)・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者は、中期経営計画にもとづく事業計画目標で福祉サービスの質に関する課題を職員会、調整会議、支援会、経営会議で定期的に分析し、改善に向け社会資源活用、事故報告書作成基準策定、虐待防止委員会、リスクマネジメント委員会の設置等改善のための具体的な取組を明示し、これらへの積極的参画を実施し、指導力を発揮している。 ・管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の意見を反映するための具体的な取組として事業計画重要事項推進に全職員がいずれかに属する3チームを整備、推進し、年2回の個人面談等で話しやすい環境づくり等職員意見を反映する具体的な取組を実施している。 ・管理者は、中期経営計画にもとづく事業計画に人材確保、育成への取組みを挙げ、職員研修の充実を外部講師の招き、対人援助技術、支援の基本、チームアプローチ等福祉サービスの質の向上について職員教育・研修の中期的な充実を図り、推進している。 		
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)・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者は、経営の改善や業務の実行性の向上に向け、月次事業進行管理表にもとづき毎月開催、管理者参加の調整会議で人事、労務、財務等各視点から検証を行いこれらを踏まえた分析を実施している。 ・管理者は、運営理念、倫理綱領、行動規範の実現に向け、法人本部担当部署と人員配置、職員の働きやすい環境整備に関する人事考課時個人面談やストレスチェックの研修導入等運営に関するコストバランス分析もとづく経営や、労務管理状況に関し具体的取組を随時実施し、組織内に経営の改 		

善や業務の実効性の向上に向けた意識を形成するための取組を行っている。
 ・平成29年度から経営会議用の分析表を新たに作成し、その分析と検証を管理者参画の調整会議で行う仕組みを整備、構築し職員会でその内容を説明して自らもその活動に積極的に参画している。

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。	(a)・b・c
<コメント> ・必要な福祉人材や人員体制に関する基本的な考え方を法人策定の人材育成方針に示し、人材育成方針にもとづく本年度人事異動方針に展開し、職員の定着化や人材確保へのワーキングチームによる採用活動協力等を行い、福祉人材の確保と育成に関する方針を確立し、「人事異動方針」、「法人の特色」にもとづく職員配置を期初に定めて、人材確保や育成は計画的に実施している。		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	(a)・b・c
<コメント> ・運営理念、倫理綱領、行動規範にもとづく人材育成方針に「法人が求める職員像」を明確化して、人事基準基本事項が記載の法人給与規則に詳述され、これらは事務所配備閲覧や管理職配布の法人規程類小冊子にて確認できる等の周知工夫をしている。 ・法人の人事考課制度にもとづき「D o - c a pシート」様式を活用し、職員の専門性や職務遂行能力、成果や貢献度等評価を定めた期間で年2回実施し、職員処遇の水準や処遇改善の必要性等を評価・分析する為の取組を実施し、把握した職員の意向・意見や評価・分析等にもとづき、改善策を検討・実施して次年度法人策定の事異動方針に繋げており、総合的な人事管理に関する当施設のPDCAサイクルは廻り、特に評価のプロセスは明確で継続的仕組みとして定着し、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ができています。		
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り組んでいる。	(a)・b・c
<コメント> ・法人策定の事務処理規程にもとづく給与規則、就業規則、管理規則等により管理職、主任の労務管理に関する責任体制を施設長の職責及び事務業務分担表で明確にし、過去3年の職員の超過勤務の実績、年次有給休暇の取得状況を把握し、「福祉見聞録」ソフトで就業状況の見える化を推進している。 ・法人センター親睦会による冠婚葬祭等への補助や職員の相互理解・融和・親睦を深めるための夏の催しが複数回実施され、運営経費は施設会計から支出され、厚生院では職員間の親睦を目的に「やよい会」が組織され、旅行・歓送迎会・忘年会等を開催し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。		
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)・b・c
<コメント> ・法人人材育成方針に「法人が求める職員像」を明示し、厚生院中期計画体系図で「法人、施設の理念、期待する職員像を理解する」標題で運営理念、倫理綱領、行動規範にもとづきキャリア形成アドバイザー等外部講師による計画を策定し、職員一人ひとりの目標管理のための仕組みを整備して外部講師指導による研修を計画的に推進している。 ・人事考課制度にもとづきD o - c a pシートを活用し、目標項目、水準、期限を明確にし、評価要素毎に自己評価・採点、自己の達成度の振り返りを直近上司と中間面接を行い実施状況を確認し、次へ		

<p>の目標を共有する環境が整備活用されPDCAサイクルにもとづく職員一人ひとりの育成に向けた継続的な取組を行っている。</p>		
18	<p>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。</p>	<p>a・b・c</p>
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・「法人が求める職員像」明示の法人人材育成方針にもとづき厚生院中期計画体系図で「法人、施設の理念、期待する職員像を理解する」標題で運営理念、倫理綱領、行動規範及び厚生院運営規定、研修目的を明示し、年度研修計画に繋げ実施している。 ・平成30年厚生院研修計画等にもとづく教育・研修を実施し、その一つの中期研修テーマの兵庫県キャリア形成訪問指導事業を活用した外部講師による研修プログラムに必要とされる専門技術、資格明示している。 ・法人人材育成方針にもとづく年度研修計画や管理者を含む全職員のスキルアップを目指す外部講師による研修プログラムによる教育・研修が実施され、定期的に計画の見直しを調整会議を中心に行う仕組みであり、今年度研修内容、カリキュラムの評価と見直しは現在推進中である。 		
19	<p>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。</p>	<p>a・b・c</p>
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人人材育成方針及び年度人事異動方針にもとづき、個別の職員の知識、技術水準、専門資格の取得状況等を把握のもと、平成29年厚生院中期計画にもとづく職員処遇、人材育成計画を策定している。 ・中期計画の本年度人材育成の具体策としてキャリアパス導入を図り、新任職員を含む各階層別における経験、習熟度等記載の「キャリアパス及び階層に応じた役割」を作成し、階層、職種、テーマ別研修の機会を確保して新任職員をはじめ職員の経験や習熟度に配慮した個別的なOJT等を実施し、職員個々の力量に応じた教育・研修を実施している。 ・法人では、人材育成・確保へのチャレンジアップ研修を行っており、これらへの参加勧奨を実施し、職員一人ひとりが、教育・研修の場に参加できるよう職員別研修参加履歴一覧等参考にして職員一人ひとりの教育・研修の機会への配慮をしている。 		
<p>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。</p>		
20	<p>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。</p>	<p>a・b・c</p>
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人主導で実習契約について法人6施設及び給食センターに、専門職の教育・育成に関する基本姿勢を明文化し、契約にもとづき推進し、介護等体験受入れマニュアル、介護福祉士実習生の受入れについて、介護体験実習受入れのプログラムを整備している。 ・指導者に対する研修は、介護福祉士等専門職への実習は近年少なくなっており、実習指導者研修課程修了者が法人内他施設実習生受入れ講習に参加し、スキルアップを図っている。 ・実習依頼学校側と実習に関する資料など提供し、連携を維持するための活動を推進している。介護等体験実習として厚生院利用者作業に毎年近隣山口中学校から生徒の受入れをしている。 		
<p>II-3 運営の透明性の確保</p>		
		<p>第三者評価結果</p>
<p>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。</p>		
21	<p>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。</p>	<p>a・b・c</p>
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人本部のホームページで運営理念、倫理綱領、行動規範及び福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算情報が適切に公開されている。 ・地域の福祉向上のための取組状況、第三者評価の受審及び結果、苦情・相談体制や内容にもとづく現況について公表している。 ・最新ニュースとして地域活動等の掲載や年2回地域に向け「ななくさ通信」の広報誌を配布している。 		

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。	a・b・c
<コメント> ・厚生院における事務、経理、取引等のルール及び権限は、法人策定経理規則、事務処理規程等で明確化され、事務業務分担表で権限・責任を明確にしている。これらは、事務所にて何時でも閲覧できるようにして周知を図り必要に応じ公認会計士や福祉経営専門職の幹事等に相談、助言を得ている。 ・事務、経理、取引等は毎年内部監査を実施し、結果は法人幹部会で報告し、報告後、職員会議で経過を報告し、また経理は公認会計士、業務は福祉経営専門職による監事監査でチェックを受け、指摘事項のあった際は改善を実施し、必要に応じ顧問弁護士に相談している。		

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・b・c
<コメント> ・地域との関わり方について基本的な考え方を運営理念、倫理綱領で明確にし、中期経営計画で地域貢献を明記し、毎年発行の事業報告書や社内規程等に文書化している。 ・活用できる社会資源や地域の情報を連携機関/窓口一覧を整備し収集して、月1回喫茶ボランティアの来院日程や地元名塩赤坂夏祭り展示即売予定等掲示板を活用し、“福祉ってええやん”のパンフレットを地域に配布や利用者へ提供し、必要時には職員やボランティアが参加支援をしている。 ・地域の人々と利用者との交流の機会を北六甲台公園の地域諸団体及び地域住民と共に利用者参加の清掃活動参加、地域の夏祭り等の利用者製作品展示即売、感染症予防公開セミナー等を計画的に実施し、開催後参加者アンケートを取り分析している。 ・当診療所以外で必要に応じ、公共機関を使用しての専門医へ通院や買物も訓練として実施し、個々の利用者ニーズに応じ、地域の社会資源を利用するよう推奨している。		
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。	a・b・c
<コメント> ・ボランティア受入れに関する基本姿勢や地域の学校教育等への協力について基本姿勢を明文化したボランティア受け入れマニュアル、介護等体験実習生受入れマニュアルを策定し、各登録手続き等受入れに関する実施手順、事前説明等を整備し運用している。 ・ボランティアに対して利用者との交流を図る視点等で喫茶ボランティアでは食品を扱うことから必要な感染症研修を開催し参加推進を図っている。 ・近隣の山口中学校「トライやるウィーク」一環として利用者の作業・療育活動参加への協力を実施している。		
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。	a・b・c
<コメント> ・生活保護法にもとづく当該自治体より委託の救護施設として6市1町の生活保護担当部署や地域連携機関/窓口一覧を作成し活用している。当該重点機関・団体以外の厚生院組織運営全体に関わる利害関係者一覧（EX利用者家族等、病院、警察、消防署、県内救護施設、会計相談先、実習受入先、ボランティア、利用者活用の店舗等）の再整備による効率的な運用が期待される。 ・6市1町担当者会・指導員連絡会報告は、職員会議で説明し職員間の情報の共有が図られ、6市1町保護担当者会は2回/年、病院関係担当者会は1回/年、厚生院で開催するとともに、救護施設指導員連絡会は持ち回りで1～2回/年開催し、共通の問題に対し、解決に向け地域のネットワーク化に取り組ん		

でいる。		
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 (b) c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・中期計画に示す地域交流（「地域貢献メニューの調査と展開」）にもとづき、法人内施設で開催の地域住民との交流イベント参加し、来訪住民に対する利用者製作品の展示即売を通し交流を図る取組を実施している。 ・厚生院の専門性（利用者作業班による木工品、窯業製品、小物アクセサリ等）や施設内隣接診療所を有す立地特性を活かし、名塩赤坂自治会開催の夏祭りに感染症（食中毒）予防公開セミナーを開催し、地域住民への参加を呼びかけている。 ・災害における福祉避難所は法人内他施設が協定を結んでおり、厚生院はバックアップ施設として位置づけ、法人災害対策委員会に施設長が委員参加し、6市1町及び関係機関との連携調整職務を担っている。 ・地域の活性化やまちづくり貢献に関し、現在ニーズ調査段階であり、これら地域の重要な利害関係者を整備し、効果的なニーズ入手を図り、これらの計画的な推進が望まれる。 		
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)・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・山口ふくしフォーラムの地域活動発表&交流会懇談会等に参加や法人の苦情解決事業第三者委員は全員民生・児童委員の背景で年2回定期的に意見交換を行い地域の福祉ニーズ把握に努めている。 ・ななくさ厚生院は、生活保護法にもとづく救護施設の事業特性より、厚生院独自では地域住民に対しての多様な相談に応じる機能は有していないが、法人他施設相談事業との連携等による多様な相談に応じる機能は有している。 ・名塩赤坂自治会等と連携し具体的な福祉ニーズの把握に努め、地域貢献活動では、地域諸団体や地域住民とともに「北六甲台公園」やバス停の清掃活動を実施し、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。 		

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)・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・運営理念・倫理綱領・行動規範及びななくさ厚生院中期研修計画体系図に、利用者を尊重した福祉サービス提供について明示し、職員には運営理念等及び虐待防止、職員の心がけ記載の「職員必携」を配布し、毎月の職員会議等で常時確認し、共通理解を図っている。 ・救護施設特性の3障がい（知的、身体、精神と重複者）及び近年増大傾向のDV被害者、触法者等の対応に向け、県キャリア形成訪問指導事業活用の外部講師招聘による職業倫理に関する接遇研修を中期課題として計画し、年2回実施して日々の支援を通じ職員の振り返りに接遇セルフチェックリストを活用し、職員個々の評価・分析ができる仕組みを整備・実践し、管理職以下全職員による取組を推進している。 		
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 (b) c

<コメント> ・利用者のプライバシー保護・虐待防止等の権利擁護などは、法人運営理念・倫理綱領・職員行動規範などに明示している。職員の理解を高める取り組みとして職員必携及び、職員会議等に於いて倫理綱領第二条等を毎回、全職員で唱和する等実践している。 ・生活支援マニュアルに利用者尊重やプライバシー保護及び権利擁護に関わる姿勢を明示の上、当該マニュアルの研修実施が望まれる。 ・利用者のプライバシーを守るよう各個室ではプライベートカーテン等をしている。 ・ななくさ厚生院自治会は、毎月開催し、院長他職員が参加して報告及び、意見交換等の取り組みを実施している。自治会は、ななくさ厚生院自治会会則にもとづき、会長、副会長、書記が毎年、利用者から選任され運営し、職員は側面から支援の仕組みを整備し運用している。		
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・b・c
<コメント> ・法人ホームページで全ての事業所の情報が分かりやすく公開され、ななくさ厚生院のご利用の案内は厚生院での生活場面等の写真を多用し紹介し、入所時の生活がどのようなものか分かりやすく作成しており、面接時の資料としても活用している。 ・見学、体験入学、一日利用の希望者には、管理職が対応し、一日利用等の生活の様子等を紹介や利用希望者の一人ひとりに柔軟な説明を心掛け、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。		
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。	a・b・c
<コメント> ・福祉サービスの開始・変更にあたり入所前に施設での生活等について「ご利用の案内の資料」等を使用して説明し、入所時は重要事項説明書及び個別支援計画書等利用者や家族に対して分かりやすく工夫し詳細に説明の上、同意を行い、利用者の自己決定ができる仕組みを整備し実践している。 ・意思決定が困難な利用者に対する配慮した手順として生活支援マニュアルにルール化し、適正な説明の一助とし、必要な場合は後見人と協議している。		
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・b・c
<コメント> ・他施設への変更・地域移行等が妥当と考えられる場合には、措置対象の自治体各福祉事務所と連携及び調整をし、利用者にも不利益が生じないような対応をしている。手順と引継ぎについては、社会支援マニュアル等を整備し、居宅生活訓練事業対応マニュアル、通所事業マニュアル等と共に当該利用者に応じた対応をしている。退所前後にカンファレンスを行い、退所に必要な書類は手渡し、副院長とケース担当者が利用退所後の窓口となって対応している。		
III-1-(3) 利用者満足度の向上に努めている。		
33	III-1-(3)-① 利用者満足度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・b・c
<コメント> ・毎年1回給食の嗜好調査を法人センターが対応しており、個々の利用者の嗜好については、栄養及び栄養指導カルテにより把握して給食の改善課題として明確化し、給食検討委員会で評価・分析し、利用者満足度向上を推進している。 ・救護施設及び3障がい等利用者特性より、ケース担当者が日常支援活動において利用者の意見を傾聴して毎月の自治会との話合いの場で報告及び評価・分析の協議を行い具体的な改善を明確化し、その内容及び結果等は職員会議等で報告、共有化を図る等利用者満足度の向上を目的とする仕組みを整備し		

た取組を行っている。		
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。	a・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・苦情解決の仕組みは苦情解決事業実施要綱にもとづき整備され、ケース担当者や他職員は日常支援活動に於いて利用者の相談や意見等に対して傾聴し、支援会議、職員会議等で検討し、自治会を通して対応する仕組み等のマニュアルを整備し、運用している。 ・苦情記入カード・苦情報告書等、苦情解決の仕組みにもとづき運用され、利用者や家族に対しての説明や公表の場合の配慮等されている。苦情経過はケース記録に詳細に記載されており、記録の保存を含め苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。 		
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。	a・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・基本的には自治会を窓口とし、直接的な相談などを受付ける機会とし、またケース担当者が日常支援活動で傾聴し、自治会に紹介等や訓練室前の廊下設置のホワイトボードを活用しわかり易い掲示工夫等をし、これらは毎月の自治会との話し合いにおいて周知を図っている。 ・個別の相談や意見等安心して話ができる場所として2ヶ所の面談室を準備し、利用者の相談等の内容により、面談室を利用する等の配慮した対応をしている。 		
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・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・業務マニュアルの1つとして日常生活を通じて自立・地域移行を目指す目的の生活支援マニュアルを整備し、職員全体で統一した手順にもとづく実施状況は「福祉見聞録」ソフトのケース記録に記載し、見える化への仕組みを整備、運用している。マニュアルの見直しは、毎年度サービス検討委員会が中心となって取組み、新版ファイルとして毎年策定し、マニュアル原紙は、共有ホルダーに保存している。 ・日常生活支援は、ケース担当者が利用者の相談や意見等に対して傾聴する仕組みはできており、毎月開催される自治会との話し合いの場で厚生院側の報告、利用者の意見交換等によって改善に向け検討、実施への体制ができています。 ・個々の意見や相談等、自治会との話し合いで出た意見等は、各委員会や職員会議で報告・検討による評価を行い、改善課題を明確にし、これらは随時に自治会・利用者へ報告が行われている。 		
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・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・リスクマネージャーを院長が職責し、そのもとでリスクマネジメント委員会を設置し、「リスクマネジメントに関する取り組みの基本」を策定し、「リスクマネジメント委員会対応チャート図」や「事故報告書・ヒヤリハット報告についての記入基準Q&A」等より、事故発生時の対応・安全確保の手順等明確にし、類似事例等を積極的に収集し、これらの収集情報等は、職員会議・研修等で職員への周知を図っている。 ・ヒヤリハット・事故等は、ケース記録及び事故報告書に記載し、リスクマネジメント委員会で検証して要因分析にもとづく再発防止策への取組を実践している。 ・毎年度、センターの新任職員研修、他の職員については、職員会議等で感染症、てんかん研修、誤薬等安心・安全な福祉サービス提供を目的とするリスクマネジメント研修を実施し、かつ安全確保策の実効性について定期的に評価・見直しを実施している。 		

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・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ななくさ厚生院施設長の職責で責任と役割を明確にした管理体制のもと、感染症マニュアル等が整備され、感染症予防委員会を中心に、職員会議・感染症研修を通じて周知が図られている。 ・予防策は、毎日、定時に手指消毒・うがい等を1日に2回実施している。予防策の徹底により感染症は発生していない。 ・感染症の予防と発生時等の対応マニュアルの見直しは毎年、定期的に見直している。 		
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。	a・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・阪神福祉事業団阪神福祉センター災害対策要綱に災害時の対応体制を詳細記載している。 ・ななくさ厚生院災害対策計画は、立地条件等に応じた災害時の対応について明記され、消防計画及び、災害関係マニュアルを整備している。 ・ななくさ厚生院緊急連絡網が作成され、職員・利用者の異動に応じ、随時新しく変更している。 ・食料品は、給食センター備蓄、施設備蓄計画で計画的に管理され、備品等については施設責任者を決め計画的に管理している。 ・災害訓練計画にもとづき、昨年は西宮市と共同で土砂災害訓練を実施、今年度は、第47回自衛消防隊双方訓練大会に参加する等職員の災害時における意識向上の取組を実施し、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。 		

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・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・業務マニュアルの一つとして生活支援マニュアルを整備し、日常生活支援の標準的な支援方法として位置づけ、異動職員のオリエンテーション及び職員会議で研修・勉強会を実施している。 ・日常生活支援の標準的な支援方法として位置づけの生活支援マニュアルに利用者尊重やプライバシー保護や権利擁護に関わる姿勢を明記し、また標準的な実施方法にそぐわない福祉サービスが提供されている場合の対処方法の明確な記載による実施確認の仕組み再整備が望まれる。 ・年2回の人事考課時活用のDo-capシートによる振り返り及び考課者との面談により、標準的な実施方法にもとづく実施現況に関して各職員の支援状況について再確認する仕組みは構築され、継続的仕組みとして定着している。 		
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・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ななくさ厚生院業務マニュアルに標準的な実施方法についての見直しに関し明記し、毎年2月にサービス検討委員会を中心に各委員会や担当部署に於いて検証・見直しを定期的実施し、新年度用のマニュアルを整備し、年度毎のマニュアルは保存する仕組みを整備、運用している。 ・誤薬等は、リスクマネジメント検討委員にて話し合い検証とともに支援会議で服薬支援について検証後サービス検討委員会に経過報告により服薬支援マニュアルの検証・見直し、運用している。 		

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・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> 各ケース担当者が責任を持って各利用者の特性に応じた具体的ニーズが明示された個別支援計画書を策定後モニタリング・ケアカンファレンスを実施し、各職員の意見を取り入れて作成後上司の決済を得て、「福祉見聞録」ソフトに入力する仕組みが構築され実施している。 第8回ななくさ厚生院相談支援担当者会議を開催し、仁明会病院、有馬高原病院他多数の参加及び6市1町担当者会議等様々な職種との協議を実施し、適切なアセスメントによる福祉サービス実施計画が策定されている。 毎年12月にケース担当者がそれぞれの個別支援計画書を見直す仕組みが整備され、支援困難な利用者等の場合も利用者に応じた適切なサービスが行われていることを確認する仕組みが構築され、機能している。 		
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。	a・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> 個別支援計画書マニュアルが整備され、継続（見直し）及び、緊急の変更の場合もモニタリング作成から、カンファレンス、各職員の意見等を確認し、利用者の同意を得て書面に残す等、全職員への周知の手順明記の仕組みを整備し、副院長が管理責任者の「福祉見聞録」ソフトの共有ホルダーで管理し、随時確認することができる仕組みとしている。 個別支援計画書マニュアルに評価・見直し時の課題等ケアカンファレンス報告書及びケアプランで明確にし、個別支援計画の評価・見直しにあたり、標準的な実施方法（生活支援マニュアル）に反映すべき事項、福祉サービスを十分に提供できていない内容（ニーズ）等定期的にカンファレンスを行い、本人の意向の確認等を通じ支援方法の見直しを検討し実施し、定期的に個別支援計画の評価・見直しを実施している。 		
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・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> 利用者の身体状況や生活状況等に対する福祉サービス実施状況の記録は、組織が定めた統一した様式により個別支援計画書作成マニュアルに記録の方法等に明示され、「福祉見聞録」ソフトの共有ホルダーに適切に入力記録し、職員間で共有化している。 新任職員・異動職員研修や職員会議等で利用者に関する福祉サービス実施状況の記録に関する研修・勉強会を実施し、情報共有を目的としてカンファレンス会議、支援会議及び毎月の職員会議で情報の共有化を推進する仕組みを整備し、職員間の共有化を深めている。 		
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・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> 法人策定の文書取扱規定及び個人情報保護に関する要綱に利用者の記録の保管、保存、破棄、情報の提供に関する規定を定め、記録管理の責任者は所属長が担当責任者と明確化され、個人情報窓口担当者は、副院長と規定し、利用者に関する記録の管理体制が確立している。 「職員必携」の配布、職員行動規範・倫理綱領第2条等を毎月の職員会議に於いて読み合わせ実施等また、入所時に個人情報の取扱いについて説明後同意や掲載物等への写真使用の承認についても説明・同意を得て、利用者に関する記録の管理体制が確立している。 		

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・b・c
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・b・c

特記事項

・利用者の自立生活や社会参加を実現するための利用者の自己決定や自己選択を尊重し、エンパワメントの理念にもとづく支援を行っている。一人ひとりの希望やニーズ、状況に応じた個別支援を基本とし個別計画につなげている。利用者の主体的な活動の促進、趣味活動のため利用者の希望や個性を尊重し、生活に関わるルール等の変更については自治会を通し、利用者自治会役員と職員が定期的に十分話し合い検討し理解と共有を図っている。決定事項は朝礼の機会や放送を活用し周知を図っている。

・職員は「阪神福祉事業団運営理念、同倫理綱領、同職員行動規範」及び虐待の防止、職員の心がけ記載の「阪神福祉事業団職員必携」を携帯し、障害者虐待防止法等の関係法令とともに権利侵害についての意識と理解を高めている。虐待等の権利侵害を防止するため、ななくさ厚生院虐待防止委員会を設置して運営要綱にもとづく運営を行っている。この3年間における虐待等権利侵害の事例はなく、虐待に関する資料の掲示をしている。利用者の権利侵害の防止等のため、具体的な内容・事例を収集・提示して利用者に周知・理解への工夫による推進が望まれる。

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・b・c
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・b・c
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・b・c
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・b・c
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・b・c
A-2-(2) 日常的生活支援		
A⑧	A-2-(2)-① 個別支援計画にもとづく日常的生活支援を行っている。	a・b・c
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・b・c
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。	a・b・c
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・b・c

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。	(a) b・c
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) b・c
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) b・c
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。	(a) b・c

特記事項

- ・利用者の一人ひとりの状況に応じ自力で行う行為による生活と生活の範囲が維持・拡大できるように動機づけを行い、生活の自己管理、行政手続きや各種サービス等の利用をする時は、見守りの姿勢で支援をしている。
- ・利用者のコミュニケーション手段の確保や必要な支援について個別支援計画の内容にもとづき実施している。
- ・意思表示や伝達が困難な利用者については、日常的な関りの中で特性の確認をおこない支援を工夫している。
- ・利用者一人ひとりとのコミュニケーションにより、信頼関係を深め、利用者の生活の思いや希望を表明できる機会を確保のため 個別に設けている。
- ・相談室等での相談のみならず、生活のいとなみのさまざまな場面や場所において実施している。
- ・相談の詳細はケース記録（面談）に記載し今後の対応を明記し方向性の共有化を図っている。
- ・下肢機能の低下によるリハビリ専門職からのアドバイスを得る機会を設け自主リハビリにつなげている。
- ・相談内容については個別支援計画等総合目標を「施設内自立」へ反映され職員間で共有し支援の方向を統一しすすめ、段階的に細やかな進め方で利用者の意思決定支援を行っている。
- ・日中活動の支援実施状況については、プログラムやレクリエーション等の日課表、月間、週間スケジュール等で確認した。利用者の意向にもとづくことを重要とし、話し合いやアンケート等をつうじて利用者の意向を把握したうえで実施している。地域のさまざまな日中活動等については施設内に掲示し情報提供をしている。日中活動は、個別支援計画にもとづき実施し、同計画の見直し支援内容の検討・見直しは支援の提供状況をカンファレンスを通じ評価し見直し、改善している。
- ・障害に関する専門知識の習得では職員会議において伝達研修を行い支援方法等の検討と理解のため共有化を図っている。支援内容の見直しや環境整備にあたっては専門家による助言を得て課題分析の手法を学び活かしている。日常生活支援が個別支援計画にもとづき利用者の心身の状況に応じて提供している。
- ・食生活については嗜好調査を行い希望や好みが献立に反映される取り組みを確認した。場に関しては個々の特性対応し席の配置など工夫している。利用者の意向や障害の状況に応じた食事提供を行い、個別支援計画に明示している。利用者の自主性を尊重し院内メニュー及び月間実施確認表にリハビリ実施状況を記載している。院内PTによるアドバイスを受け生活リハビリとして継続して取り組んでいる。
- ・利用者の生活の場は、利用者にとってくつろいで暮らせる場環境とし移住空間として意向や障害の状況に合わせ工夫している。環境に関してカーテンや福祉用具をその方の状況を考え配慮と工夫を現場との見学で確認した。各寮毎に利用者の状況に応じトイレ掃除など役割分担し取り組み気持ち良い環境確保に努めている。
- ・機能訓練・生活訓練については、個別支援計画にもとづき計画的に実施し、機能訓練が必要な利用者についてはリハビリ担当職員を中心にPTと連携しプログラムやメニューを作成し生活リハビリとして取り組んでいる。

- ・定期的にモニタリングを実施しその内容や経過はケース記録に記入し段階ごとに評価して進めている。
- ・利用者の健康管理については、医師や看護師等の連携のもと実施し、日々の血糖値や体重管理など健康管理に関わる事項とともに、体調変化時(緊急時)の対応については、手順や方法を明確化し、医務日誌等を活用し管理している。職員研修では、利用者の障害や意向に応じて、健康に対する意識を向上するため日常生活の中に取り入れる「感染症対策や予防」をテーマに研修を職員会議において実施している。
- ・医療的な支援を必要とする利用者が、生活の場として安心安全に暮らし続けるために利用者の状況に応じて、適切な医療的支援が提供できるよう医療関連マニュアル、夜間緊急通院マニュアル等が整備し医療的支援を実施している。実施にあたっては医師や看護師の指導・助言のもと安全確保の体制を整備している。医療的ケアが必要な利用者は現在いない。
- ・利用者を地域社会の一員として尊重祖、主体的な生活を支援する事を目的に、買い物能力の向上及び公共機関の利用能力マナー習得に務め地域移行の意欲向上の一助となるよう支援している。A班からF班へ基準クリアで次の段へ移行できるとし能力の向上に向け取り組んでいる。社会参加に必要な支援としては、地域の社会資源を含め調整し、外出にあたっては事前準備や安全配慮について、利用者の状況に応じて十分に検討し実施している。
- ・利用者の生活や住まいへの希望と意向を尊重し、地域生活への意向や住み慣れた地域での生活実現に向け支援している。居宅訓練生活事業対応マニュアル、外出支援マニュアルを作成しその力を見極め段階的にプログラム作成しケース担当により反省評価し進めている。相談新事業所や福祉施設等と連絡・調整し退所支援に繋げている。実際の支援がどのように展開されているか個別支援計画を基に数名のケースを確認した。
- ・家族等と連携・交流にあつては、家族関係に関するアセスメントを実施するなど利用者の意向を尊重した対応を行い、利用者や家族等の関係性を含め、個別事情に十分配慮し本人主体での対応を基本としている。利用者の状態変化時等は連絡している。家族支援については、模擬店の開催時に家族に参加を呼びかけ参加され交流につながった取り組みを確認した。
- ・利用者の障害に応じた就労支援を行う事と合わせ、継続的に取り組む事によって作業意識や責任感を養い、社会性を促している。生きがいの場、機能訓練の場と位置付け、2階作業班・トップ製菓班、木工班、陶芸班、園芸班、洗濯班の作業班種95名で個人目標を基に取り組んでいる。利用者の就労促進のためハローワーク等をはじめとする地域のネットワークを活用し連携し支援に繋げ、仕事や支援内容について個別支援計画を作成し「地域移行」総合的支援目標をもとに進めている。

A-3 発達支援

		第三者評価結果
A-3-(1) 発達支援		
A⑬	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。	a・b・c
特記事項		
本項 非該当		

A-4 就労支援

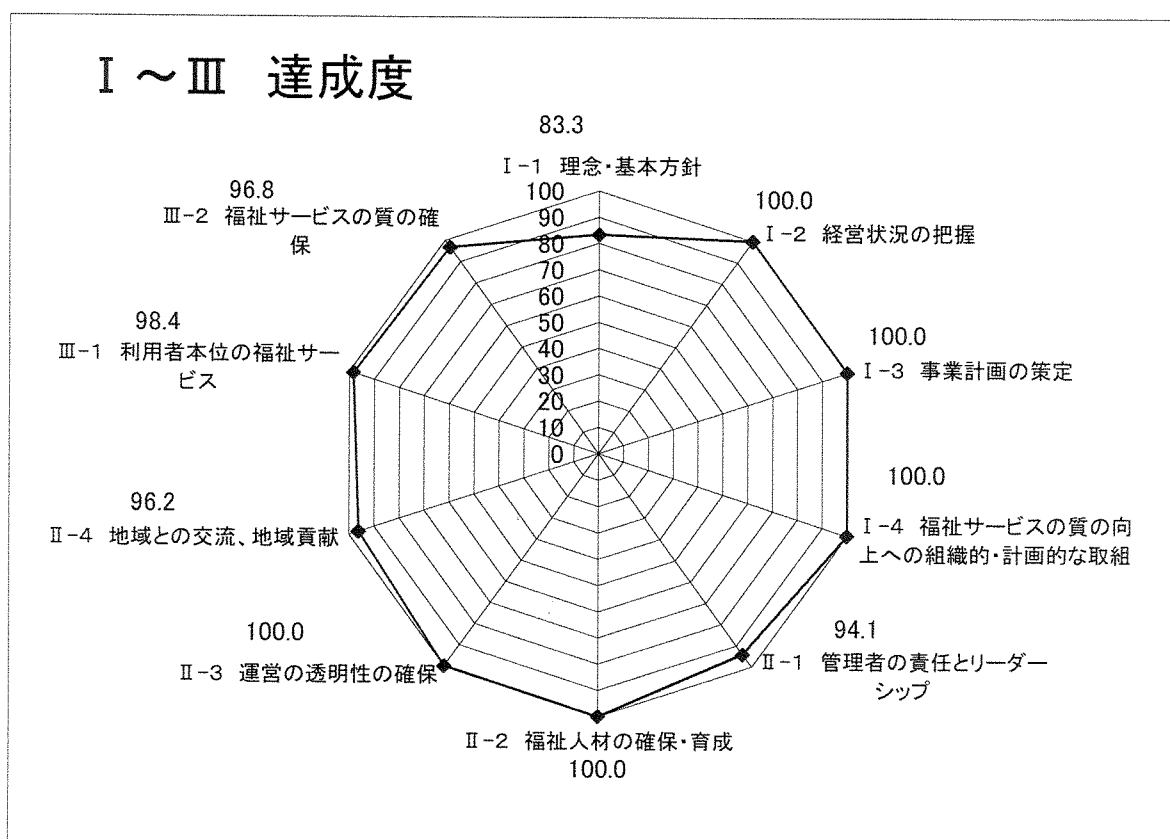
		第三者評価結果
A-4-(1) 就労支援		
A⑭	A-4-(1)-① 利用者の働く力や可能性を尊重した就労支援を行っている。	○ a・b・c
A⑮	A-4-(1)-② 利用者に応じて適切な仕事内容等となるように取組と配慮を行っている。	○ a・b・c
A⑯	A-4-(1)-③ 職場開拓と就職活動の支援、定着支援等の取組や工夫を行っている。	○ a・b・c

特記事項

- ・利用者の意向や障害の状況に合わせ、仕事時間、内容、工程等として、利用者が選択できるようにして、仕事量を計画的に確保するように努め、賃金は規定を作成し、利用者にわかりやすく説明しその内容を掲示している。利用者のモチベーションに配慮し設定している。作業場については、利用者の労働安全衛生に配慮し、必要となる規定やマニュアルを整備し、働きやすい環境となるよう取り組んでいる。
- ・利用者の希望と意向に応じ多様な働く場を確保に努め就労環境作りや就労活動の支援をしている。就労支援に関しては、利用者の一人ひとりの障害等に応じた支援と準備を重要として情報提供や体験の機会等の提供をして、就職に向けた課題を振り返りし取り組んでいる。

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	17	100.0
I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組	9	9	100.0
II-1 管理者の責任とリーダーシップ	17	16	94.1
II-2 福祉人材の確保・育成	38	38	100.0
II-3 運営の透明性の確保	11	11	100.0
II-4 地域との交流、地域貢献	26	25	96.2
III-1 利用者本位の福祉サービス	64	63	98.4
III-2 福祉サービスの質の確保	31	30	96.8
合計	227	222	97.8



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	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	5	100.0
2-(5) 健康管理・医療的な支援	11	11	100.0
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	5	100.0
2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援	6	6	100.0
4-(1) 就労支援	18	18	100.0
合計	97	96	99.0

※3-(1)発達支援は非該当故、削除しています。

総合計(I~Ⅲ+A)	324	318	98.1
------------	-----	-----	------

