

兵庫県福祉サービス第三者評価
評価結果報告書

施設名：香翠寮

（障害者支援施設（生活介護・施設入所支援））

評価実施期間 2023年8月21日 ～ 2024年5月15日

実地（訪問）調査日 2023年12月7日

2024年5月15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：香翠寮		種別：障害者支援施設 (生活介護・施設入所支援)	
代表者氏名：内井 一也		定員（利用人数）：生活介護40名 施設入所30名	
所在地：〒679-2163 兵庫県姫路市香寺町土師365-1			
TEL：079-232-6151		ホームページ： http://www.chuban-fukushi.jp/	
【施設・事業所の概要】			
開設年月日：昭和55年4月1日			
経営法人・設置主体（法人名）：社会福祉法人 中播福祉会			
職員数	常勤職員：	18名	非常勤職員：7名
専門職員	施設長	1名	栄養士1名
	サービス管理責任者	1名	調理員3名
	生活支援員	15（4）名	宿直代行員3（3）名
	看護師	1名	
施設・設備の概要	居室 4人部屋	8室	娯楽室
	短期入所居室 2人部屋	4室	会議室
	事務所	2室	多目的室（男1、女1）2室
	食堂		相談室
	厨房		作業棟
	医務室		小浴室
	洗面所		一般浴室（男1、女1）2室
	宿直室（男1、女1）	2室	トイレ（男1、女1、職員、障害者）

③ 理念・基本方針

[理念]

障害のある方に対し、個人の尊厳を基本とし、多様な福祉サービスが、その利用者の意向を尊重して総合的に提供されるよう、創意工夫すると共に、地域社会において自立した生活が営むことができるように、地域福祉の推進を図る。

[方針]

(1) 障害者一人ひとりの人権擁護の確立

- (2) 障害者が住みなれた地域での生活環境づくりの推進
- (3) 家庭生活に近い施設環境づくりの推進
- (4) マンパワーの確保と優れた人材づくり
- (5) 運営体制基盤確立の積極的推進

〔施設運営方針〕

自立ある施設運営を目指すとともに職員一人一人が利用者の人格を尊重し、より一層利用者本位のサービスが提供できるように取り組んでいく事を運営の基本とする。

施設利用者の高齢化が進む課題を踏まえ、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って個別支援計画を作成し、それに基づいて障害福祉サービスを提供するよう努める。

また出来る限り居宅に近い環境の中で地域や家族との結びつきを重視した運営を行い市町、指定障害者支援施設や障害者サービス事業を行う者、その他の保健医療サービス又は、福祉サービス提供する者との密接な連携に努めるものとする

④ 施設・事業所の特徴的な取組

利用者の作業活動のひとつに、花・野菜苗の栽培を実施。地域の方を対象に花祭り等の行事【コロナウイルスが流行中は中止】を実施、また福崎町にある旬彩蔵でも、花・野菜苗、靴下のリングで製作したマット商品を販売している。委託事業で姫路市ふれあい花壇の管理も行っている。

- ・利用者の誕生月には、本人の希望するメニューを誕生月献立と称して提供している。又月2回、選択メニューを実施している。
- ・ボランティアによる書道・茶道教室を実施している。
- ・障害者の重度化・高齢化や「親亡き後」を見据え、姫路市地域生活拠点等事業所として登録しており、短期入所スペースを活用した緊急時の受け入れも行っている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 5年 8月 21日（契約日）～ 令和 6年 3月 31日（評価結果確定日）
受審回数 （前回の受審時期）	5回（令和 2年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

- **姫路市北部の障害者支援の中核施設として、地域に根差した施設づくりを目指し、地域の福祉向上のための取り組みを行っています。**

強い施設長のリーダーシップのもと、施設が地域社会の公的施設として広く一般に認められるように、地域の福祉ニーズに基づいて、公益的な事業を主催し継続することが、事業計画にも記載されており、法人として取り組んでおられます。また、市町村との連携や協働などにも積極的に関わり、地域交流会議や、特別支援学校オープンスクールを主導されています。福祉以外の分野でも更生保護事業の一環として司法にかかわるボランティア活動にも積極的に取り組まれています。

- **利用者が意見等を述べやすい体制が確立され、利用者考えや思いを施設サービスに取り入れる仕組みが構築されています。**

利用者の思いや意見を聞く機会として利用者自治会（コスモス会）を毎月1回実施され、参加したいクラブ、掃除場所、作業、居室メンバーなど全てにおいて希望を聞き、利用者考えや思いを施設サービスに取り入れる仕組みが構築されています。また、日々の生活の中で、自己決定の機会を多く持てるよう支援されています。出された意見については、朝礼・終礼でも共有し、重要度の高い内容については職員会議で検討され、できることから改善し、施設サービスに取り入れる仕組みが構築されています。

- **個別支援計画のもと、幅広い利用者の特性に応じた支援を組み立てています。**

丁寧なアセスメントのもと、個別支援計画書等に個別の支援の目標や具体的な支援を明記し、日中活動は、作業やレクリエーションをはじめ、多様な活動メニューを用意し利用者一人ひとりのペースに合わせた支援が展開されています。また、高齢化の利用者の体力面の維持のため、気軽にかつ楽しく取り組むことが出来るロコモ運動、かた足立ち、レクリエーションを兼ねたストレッチの実施により利用者の健康増進・老化防止に取り組むとともに、医療的なケアが必要な方には、個別マニュアルを作成し、嘱託医、看護師の指導のもと医療的な支援が行われています。

◇改善を求められる点

- **今後の事業運営を具体的に示した中・長期事業計画を策定していくことが課題です。**

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、人材育成等を具体的に示した事業計画を策定していくことが重要です。

- **福祉サービスの質の向上に向けた「自己評価」の仕組みづくりや評価結果にもとづく改善策や改善計画を明確にされ、運営の透明性を積極的に公開していくことが重要です。**

第三者評価は定期的に受審され、結果を公開されていますが、苦情・相談の体制や内容に関する改善・対応の状況などは公表されていません。利用者や家族、地域の理解を深めていくためには、福祉サービスの質の向上に関わる取り組みをはじめ、第三者評価や苦情・相談内容にもとづく改善・対応の公表など、事業所の実践活動を積極的に公開していくことが望まれます。今後は、福祉サービスの質の向上に向けた「自己評価」の仕組みづくりが重要です。

- **利用者の生活意欲の動機付けや意思決定について支援していくことで、利用者の権利を高める取り組みが望まれます。**

障害者虐待防止マニュアルに基づき、現場職員の虐待の発見から通告までの体制づくりができており、虐待防止のチェックリストを活用されるなど、権利侵害の防止についての取り組みは充実していますが、意思決定支援や合理的配慮など、利用者の権利を高めていく取り組みは明確ではありません。今後は、障害者権利条約の批准をはじめ、障害者基本法や障害者差別解消法などの理解とともに、利用者の生活意欲の動機付けや意思決定について支援していくことで、利用者の権利を高める具体的な取り組みが望まれます。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

出来ている所、改善を求められる点について、再確認でき、今後の事業運営や利用者支援に活かしていければと思います。

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。	b
〈コメント〉 ○ 法人理念、基本方針が明確にされており、ホームページをはじめパンフレット、事業計画書にも明示されています。また、事務所にも掲示され職員の目にも触れるようになっています。その内容は、障害者一人ひとりの人権擁護の確立、住み慣れた地域での生活環境づくりなどの内容が盛り込まれています。 ○ 事業所での生活状況や、居住棟の建設予定については、家族等にお知らせしていますが、理念・基本方針について、その説明や周知は十分とは言えません。今後は、理念や基本方針の周知状況の確認とその継続的な取り組みが望まれます。		

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は、福祉新聞などの定期購読、厚労省のホームページ閲覧や各種研修会に参加することなどにより、把握・分析されていることがうかがえます。また、地域の福祉団体や協議会などに所属し、行政や近隣の動向を把握されるとともに、毎月の利用率や、利用者の推移、収支状況などを把握し分析されています。		
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。	b
〈コメント〉 ○ 経営状況や改善すべき課題については、「事業報告」に明記し、理事会・評議員会・監事会などで共有化が図られています。また、毎年、全職員を対象に「業務改善アンケート」を実施され、改善すべき課題などを把握・分析して、職員に周知されるとともに改善に取り組まれています。今後は、ことが期待されます。理事会での内容を職員会議で伝達し、配布されています。 ○ 今後は、「事業報告」から出てきた具体的な経営課題や問題点などを、事業計画に反映されるとともに、理事会の資料や議事録について、わかりやすく明記する工夫が望まれます。		

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〉 ○ 中・長期計画については、単年度事業計画に居住棟の新築工事の構想や進捗状況など法人や事業所の中・長期的な視点や取り組み内容が盛り込まれていますが、中・長期計画の策定には至っていません。 ○ 今後は、事業計画書に経営課題や問題点とその解決、改善に向けた数値目標や具体的な成果の設定などを明確にしていくことが望まれます。		
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。	b
〈コメント〉 ○ 中・長期計画は確認できていませんが、単年度ごとの事業計画は、具体的で実行可能な内容となっており、わかりやすく明記されています。 ○ 今後は、単年度事業計画に中・長期計画の内容が反映され、数値目標や具体的な成果の設定を明確にすることで、実施状況の評価が行なえる内容にしていくことが望まれます。		
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。	b
〈コメント〉 ○ 事業計画は、職員からのアンケートや日々の朝礼・終礼、職員会議などからの意見が集約され、作成されています。10月に職員会議で中間報告として、進捗状況を評価し、見直しが検討されていることがうかがえます。 ○ 今後は、事業計画の策定方法及び実施状況の把握、評価、見直しの時期及び手順を明文化されることで、PDCAサイクル（改善のためのサイクル）の仕組みを明確にされることが望まれます。		
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5月頃に公開され、利用者には、かみ砕いた内容を別途作成し、毎月の行事、献立などを部分的に理解しやすいようにラミネートし掲示したり、利用者の会（コスモス会）で話をされています。 ○ 家族会が解散となってから、利用者家族への周知説明が難しくなっており、今後は、ホームページなどを活用することで、わかりやすく伝える工夫が望まれます。		

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
〈コメント〉 ○ 今年度の業務改善提案は、現在作成中でしたが、毎年、全職員からの意見を吸い上げ、集約し、業務改善提案を作成し、緊急性と改善可能なところから改善が図られています。第三者評価は定期的に受審され、評価結果は、理事会や職員に伝えています。 ○ 今後は、定められた評価基準にもとづいて、年1回以上の自己評価を実施し、定期的に評価結果を組織として分析、検討する場を設けること望まれます。		
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
〈コメント〉 ○ 前回の「第三者評価受審結果」と共に「業務改善案」による評価結果にもとづき、組織として取り組むべき課題を明確にし、職員にも共有化され改善を実施されていることがうかがえます。 ○ 今後は、定められた評価基準にもとづいて、年1回以上の自己評価の実施とともに、評価結果から明確になった課題について、職員の参画のもとで改善策や改善計画を策定する仕組みづくりが望まれます。		

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（施設長）は、自らの役割と責任などを職務分掌表や組織規程に明記され、法人の広報誌に福祉に関わる話題や自らの役割を文書にして表明されています。また、有事の際や不在時の権限委任について、業務継続計画（BCP）の中に災害時の際の権限委任併せて明記されています。		
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。	a
<コメント> ○ 管理者は、環境への配慮なども含む幅広い分野の法令について理解されており、折に触れ職員に対して法令遵守についての理解を深めるための取り組みを行っています。また、「法令遵守に関する留意事項」については、全職員に対して研修をされています。今後は、各種規定について、必要に応じて法律の改正などを盛り込み、現状に即したものの改定される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> ○ 管理者は熱意をもってサービスの質の向上に向けて取り組んでおられ、業務改善提案を通して自己評価されるとともに事案が起こる度に、家族への対処の仕方など、直接職員へ指導もされています。また、職場のサービスレベル・チェックリストを使って、2年に1回、全職員にアンケートを実施し、福祉サービスの向上を図るために職員の資格取得を奨励され、職員の教育、研修の充実を推し進められています。		
13	Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効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、朝礼・終礼、各会議にも出席し、人事・労務管理についても現場の声を聴きながら指導されています。また、働き方改革の実施、職場環境の改善、待遇面での改善や休みを取り易くする改善にも取り組んでおられます。業務の実効性を高めるため、利用者のことも考慮しながら職員の指導、環境改善、体制の見直し、休暇を取りやすくするなど、多方面にわたって積極的に指導力を発揮されています。		

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。	a
〈コメント〉 ○ 人材の確保と育成が難しい中、質の高い福祉サービスを実現するために必要な福祉人材や人員体制に関する基本的な考え方や人材の確保と育成に関する明確な方針をもとに計画をもって取り組んでおられます。人材確保については、ハローワークはもとより、ちらし(ディスプレイ)、ホームページなどを活用して、あらゆる方面への求人活動などを継続して実施されています。		
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〉 ○ 「社会福祉従事者として期待される職員像」として、倫理綱領や事業計画に明記しており、全職員へ機会あるごとに周知されています。職員昇格基準に関する規程や人事に関する諸規定を整備され、個人面談も必要時に実施されています。 ○ 今後は、全職員に対して、定期的な個人面談を実施するとともに、人事基準（キャリアパス制度）や人事考課制度の導入により、個々の職員が自ら将来の姿を描けるような仕組みづくりが求められます。		
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り組んでいる。	b
〈コメント〉 ○ 全職員の就業状況は、事務局長のもと管理されており、有給休暇や日頃の休み希望もできる限り網羅できるよう配慮されています。健康診断について、夜勤者は年2回の健康診断を受けており、通常健康診断の内容に加えて手厚い内容の項目も追加検査可能となっており、職員の健康管理についても法人として可能な限りの配慮がされています。職員互助会での福利厚生事業や有給休暇の取得促進、各種特別休暇(夏季、忌引、育児)などの整備、ノー残業デーなど、ワーク・ライフ・バランスに配慮した取り組みを行い、働きやすい職場づくりが行われています。 ○ 今後は、検討された人事に関する改善策などを人事プランに反映していくことが望まれます。		
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。	b
〈コメント〉 ○ 目標とする職員像については、倫理綱領や事業計画に明確にされていますが、職員一人ひとりの目標管理、目標設定のための仕組みには至っていません。 ○ 今後は、個別面接を行うなどで組織の目標や方針を徹底し、職員一人ひとりの目標（項目、水準、期限など）が設定され、中間面接で進捗状況や年度末面接で目標達成度の確認が望まれます。		

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〉 ○ 新人研修資料を作成されており、採用された職員に職員心得が配布されています。また、考える風土を伝えていきたいという方針のもと、職員の研修計画を策定され、毎年その都度見直しされています。外部研修は復命書により、全職員が必要に応じて、受講しており、経験や能力に応じた内容となっています。 ○ 今後は、研修計画やカリキュラムの評価と見直しを実施す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。	a
〈コメント〉 ○ 法人は、職員全員の資格管理ができており、所属などによって、必要な資格も確認されています。また、将来の資格取得に関することについても、希望などにより、OJT(職務を通じた研修)を含めて支援されています。新人研修から、階層別、職種別などの個々の能力や立場を踏まえて、必要な研修を実施されており、外部研修も同様に適切に参加を奨励し、インターネットでWebを利用したり、Zoomの研修など効率的に受講できる配慮をされています。		
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
〈コメント〉 ○ 実習生などの福祉サービスに関わる専門職の教育・育成に関する基本姿勢は、事業計画書の中に明記されており、専門職の教育、育成についてのマニュアルが作成されています。実習のプログラムは、実習生によって、在籍する学校により作成されたプログラムを利用しています。その他、実習に際しての注意事項などは「相談援助実習にあたって」と手順書に詳しい内容が記載されており、指導者は必要な講習を受講されています。		

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
〈コメント〉 ○ ホームページには、理念、基本方針、事業報告書、収支報告書など法人の重要な事項について公開されています。人権擁護、生活環境づくりについても法人の役割を明確にするために公開されています。また、地域に向けては、花の苗づくりの写真や、無人販売、そして旬彩蔵の様子などが公開されて、定期的に更新されています。 ○ 今後は、ホームページに事業計画や第三者評価の受審、苦情・相談の内容にもとづく改善・対応の状況についても公表される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
〈コメント〉 ○ 職員専用のページがインターネットのWeb上に作成されており、重要且つ共有したい情報については、その中に掲載されています。また、組織図と委員会の活動など、職員構成についても職員がいつでも見られるように事務所に保管されています。内部監査は年1回実施されています。 ○ 今後は、法人・事業所などの財務管理、事業の経営管理、組織運営などに関する外部の専門家（公認会計士、税理士等）の指導・助言を定期的に得るとともに、結果や指摘事項にもとづいて、経営改善を実施している取り組みが望まれます。		

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。	a
〈コメント〉 ○ 春に花まつりを開催され、利用者が育てた苗を販売されています。その祭りには地域の住民が多く利用されて、毎年楽しみにされています。また、旬彩蔵にも出荷されて、利用者は苗の育成やラベル貼りをしており、事業所前では無人販売もされています。日ノ本短期大学幼稚園から野菜をいただくなど、毎年1回、交流が続いています。この様子は、ホームページにもタイムリーに掲載されています。		
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。	a
〈コメント〉 ○ 書道、茶道の先生、口腔衛生指導者が町内から10年以上ボランティアに来られています。また、「茶道クラブの対応について」として、受け入れ、準備、後片付けなどの手順が、記載されています。トライやるウィークは6月に3名の受け入れをされ、香寺高校から3名の生徒が来訪され、障害に関する説明や、利用者と一緒にゲームや作業を行ってもらうなど楽しんで学んでもらっています。その他、施設長が小・中学校へ出向いて、発達障害啓発の一環として「福祉について」を講和され、学校の福祉教育にも協力しています。		
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。	a
〈コメント〉 ○ 必要な関係機関や団体をリストアップし、社会資源マップ（写真入り）を作成して、連携や情報提供が出来るようにして、職員会議でも説明されています。姫路市地域自立支援協議会、神崎郡地域自立支援協議会などを通じて、多くの相談支援を中心として関係機関と情報共有や連携が行われています。また、在宅で過ごされている方のふれあい会も再開され、各方面の関係機関との連携が確保されています。		

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 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	a
〈コメント〉 ○ 地域の各種会合に出席されて、地域の福祉ニーズを把握し、当事業所でできる事業へと繋げています。毎年開催の花まつりでは、地域の方々との出会いもあり、福祉ニーズの把握に努められています。		
27	Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a
〈コメント〉 ○ 地域の福祉ニーズに基づいて、公益的な事業を主催し継続することが、事業計画にも記載されており、法人として取り組んでおられます。また、市町村との連携や協働などにも積極的に関わり、地域交流会議や、特別支援学校オープンスクールを主導されています。福祉以外の分野でも更生保護事業の一環として司法にかかわるボランティア活動にも積極的に取り組まれています。		

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> ○ 福祉サービスの提供について、支援マニュアルを作成され、共通の理解のもと福祉サービスの提供が行われています。理念や行動規範を事務所に掲示され、基本的な考え方や利用者を尊重する姿勢については、管理者自らその考え方を文書にして職員に伝えています。また、職場のサービスレベル・チェックリストを用いて職員の自己評価を行い、日々の支援に役立てておられます。		
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が行われている。	b
<コメント> ○ 権利擁護やプライバシー保護に関する内容が障害者虐待防止マニュアルや支援マニュアルに記載されています。現在、利用者の居室は、４人部屋が中心ですが、アコーディオンカーテンを備え、プライバシーを守れるよう工夫がうかがえます。福祉サービスは支援マニュアルの作成により、それに基づいて実施されています。 ○ 今後は、不適切な事案が発生した場合の対応について検討され、その方法について明示するとともに、権利擁護の取り組みを家族等に周知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> ○ 施設の事業内容や福祉サービスの内容を紹介したパンフレットなどを、近隣の市町村の役所、図書館などに設置されています。その資料には、施設の写真や地図、連絡先などが明記されており、事業内容などがわかりやすく記載されています。また、利用希望者からの問い合わせや見学希望者には、個別に説明し対応され、福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供しています。		
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> ○ 福祉サービスの利用開始、変更などについては、利用者の自己決定を尊重され、重要事項説明書、契約書にルビをふるなど、利用者家族へのわかりやすい説明に心がけています。 ○ 今後は、意思決定が困難な利用者への配慮についてルール化することで、さらに利用者や家族にわかりやすい取り組みが期待されます。		

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。	a
〈コメント〉 ○ 必要に応じて引き継ぎ文書は作成され、福祉サービスの継続性に配慮しています。また、退所後の窓口は、相談支援専門員とサービス管理責任者が連携し、利用が終了しても、確認や対応ができるようにされています。		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足向上に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	b
〈コメント〉 ○ 生活委員会がコスモス会（利用者の会）で出た意見や話を記録し、発言や意見の収集の支援をされています。また、出された意見については、朝礼・終礼でも共有し、重要度の高い内容については職員会議で検討され、できることから改善しています。 ○ 今後は、定期的な利用者満足に関する調査を実施していくことで、さらに利用者満足向上の仕組みを明確にしていくことが望まれます。		
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
〈コメント〉 ○ 苦情解決の体制を整備され、玄関に掲示されています。また、意見箱を設置し、出された相談、苦情に関する対策を個々にフィードバックし、記録されています。以前に服薬漏れについて、苦情相談として記録し、改善策を話しあい、今後の再発を防止する事例を確認できました。		
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
〈コメント〉 ○ 利用者の相談は、誰でもいつでも意見が言えるように生活の場でも、全職員が対応しています。個別に話をした方がいい場合は、相談室で話を聞くようにされ、必要に応じてロールスクリーンで中が見えないようにできるため、その時に応じて利用者の思いを尊重した配慮がされています。相談の体制については、広報誌で紹介され利用者家族へお知らせしています。		
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
〈コメント〉 ○ 全職員は、いつでもどこでも利用者の相談が受けられるよう、常に話しやすい対応を心がけておられます。また、朝礼・終礼にてその内容は職員で共有されて、日々の支援に役立てておられます。相談の返事に時間がかかる場合には、とりあえず先方にお知らせした上で、後日返答をされています。 ○ 今後は、相談があった際の対応につけてのマニュアルやフローチャートの作成が期待されます。		

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
〈コメント〉 ○ リスクマネジメント・ひやりはっと・虐待防止委員会を設置し、「事故発生時緊急のための対応マニュアル」を整備しています。事例の発生時は担当者へ即時に口頭報告され、職員会議や終礼に職員に周知されています。 ○ 今後は、ヒヤリハットや事故の事例を基に分析・解決・再発防止の検討や研修を行う仕組みを明確に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。	b
〈コメント〉 ○ 感染対策委員会が設置し、感染症対策マニュアルを整備され、感染症の予防に努められています。また、新型コロナウイルス感染症の拡大時は感染拡大防止の観点から、防護服の着脱訓練などが行われていました。 ○ 今後は変化する感染症の社会情勢に合わせ、感染症対策マニュアルの定期的な研修と見直しの仕組みづくりが期待されます。		
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やっている。	b
〈コメント〉 ○ BCP（業務継続計画）を作成し、月に一度避難訓練を災害備品の管理が行われています。また、地域における福祉の避難所に指定されており、近畿地区でつながる社会福祉事業団の災害応援協定を結び、関係機関との連携に努められています。 ○ 今後は、災害時における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。		

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〉 ○ サービス管理責任者と寮長が中心となって、利用者の尊重や権利擁護に関わる姿勢を含む支援マニュアルを作成されています。また、支援マニュアルは、共有フォルダーで、いつでも誰でもが閲覧できるようになっています。 ○ 今後は、新入職員研修のみならず、継続的に標準的な実施方法を実施されているかを検証する仕組みの構築が望まれます。		

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
〈コメント〉 ○ 朝礼・終礼や職員会議などで、支援方法の見直しについて随時に話し合わせ、利用者への接し方等について確認をされています。 ○ 今後は、標準的な実施方法について、毎年、定期的に見直しをする仕組みづくりが望まれます。		
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
〈コメント〉 ○ サービス管理責任者と担当職員が中心となり、健康や日常生活動作などの領域をはじめ、コミュニケーションや社会参加など所定のアセスメントシートに基づいたアセスメントが実施されています。また、個別支援会議、支援会議には、施設長・担当者・専門職が参加し、支援の状況を確認されていることがうかがえます。 ○ 今後は、アセスメント段階で利用者に関わる職員が関与できるような仕組みを構築していくとともに、計画の策定から評価（モニタリング）に至る手順を明確にしていくことが望まれます。		
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。	a
〈コメント〉 ○ 個別支援計画作成にあたっての遵守事項に個別支援計画の策定手順が示されており、6か月に1回の見直しの仕組みと職員への周知していく手順が明確になっています。また、個別支援計画の見直しについては、個別の困難事例について支援会議などで検討が図られていることが確認できました。		
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〉 ○ 福祉サービス実施の記録は、共有できるパソコンのソフトを活用し、利用者支援記録に個別に詳細な情報が記録されています。また、朝礼・終礼や職員会議などを活用して、利用者の情報を組織的に共有されています。 ○ 今後は、記録内容や書き方に差異が生じないように、記録要領の作成や組織における情報の流れを明確に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。	b
〈コメント〉 ○ 利用者の記録の保管期間など記録の管理方法は職員間で周知されており、特定個人情報取扱規定に基づいて、記録や情報の管理が行われています。 ○ 今後は、個人情報の不適正な利用や漏えいに対する対策と対応方法を明確にされるとともに、個人情報保護規定の理解を深める研修の実施が望まれます。		

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。	b
A-1-(2) 権利擁護		
A②	A-1-(2)-① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	b

特記事項

○ 利用者の思いや意見を聞く機会として利用者自治会（コスモス会）を毎月1回実施され、参加したいクラブ、掃除場所、作業、居室メンバーなど全てにおいて希望を聞き、利用者考えや思いを施設サービスに取り入れる仕組みが構築されています。また、日々の生活の中で、自己決定の機会を多く持てるよう支援されています。 ○ 障害者虐待防止マニュアルに基づき、現場職員の虐待の発見から通告までの体制づくりができており、虐待防止のチェックリストを活用され、日々の支援を振り返る取り組みが行われています。 ○ 今後は、障害者権利条約の批准をはじめ、障害者基本法や障害者差別解消法などの理解とともに、利用者へ伝えることにより、利用者の権利を高める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。	b
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。	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。	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。	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。	a
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。	b
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

- 利用者自治会（コスモス会）や個別面談で、日中活動や生活に関わるルールや取り組みについて話し合わせ、利用者の自己決定を尊重した個別の支援が行われています。
- 障害特性に応じて絵カードや手話、ジェスチャーを使用するなど、視覚的なコミュニケーション支援が行われています。
- クラブ活動や創作活動など朝の朝礼時に利用者にアナウンスして、日々の参加の有無の確認を行い、個人の意思に沿った多様な日中活動が提供されています。
- 強度行動障害の事例の報告会で、てんかん・誤嚥など、専門知識の習得に向けた取り組みが行われています。
- 食事において選択メニューを取り入れるとともに、刻み食・とろみ食など個別の状況に応じた工夫がなされています。
- 個別支援計画に基づいて、高齢化の利用者の体力面の維持のため、気軽にかつ楽しく取り組むことが出来るロコモ運動、かた足立ち、レクリエーションを兼ねたストレッチの実施により利用者の健康増進・老化防止に取り組んでいます。
- 健康管理マニュアルに基づいて、日々の具体的な取り組みは示し、医療的なケアが必要な方には、個別マニュアルを作成し、嘱託医、看護師の指導のもと医療的な支援が行われています。
- 町内公民館活動やグランドゴルフ、買い物やボッチャーなど、利用者の希望と意向を尊重した社会参加活動が行われています。
- 家族の高齢化から、家族会は解散されましたが、個別に利用者の生活や支援に関する家族等からの相談に応じ、必要に応じて助言等の家族支援が行われています。
- 今後、利用者の重度化や高齢化にともなう、支援の必要性が増えてくることが予測されるため、支援の方法や生活環境の整備について検討していくことが望まれます。
- 今後は、利用者の生活意欲の動機付けや意思決定について支援していく具体的な取り組みが期待されます。

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。	非該当

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。	非該当
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。	非該当
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。	非該当

特記事項

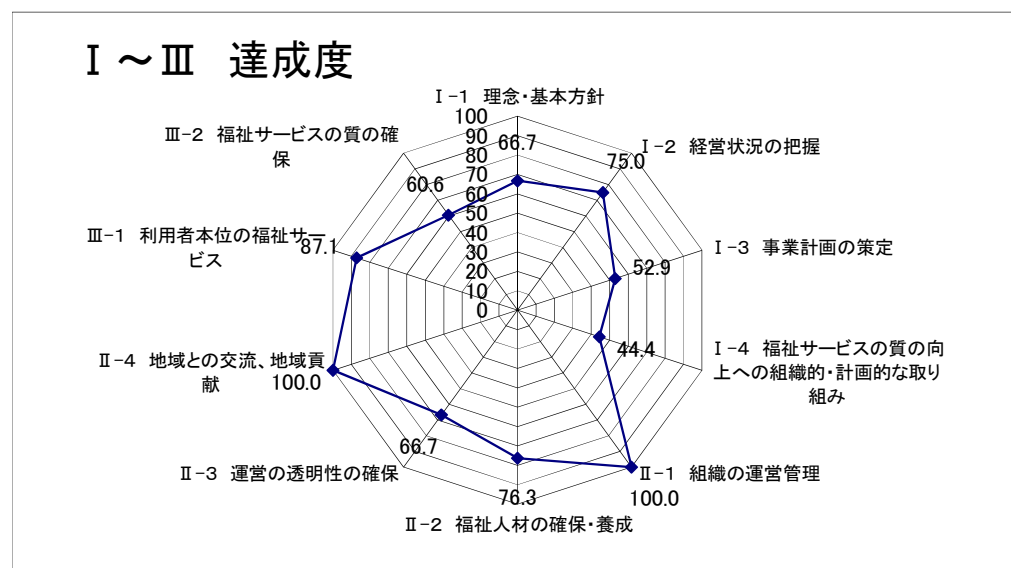
○ 生活介護事業のため、就労支援は行っていないが、利用者は、各作業班に所属し、障害特性に合わせた作業を選択出来るようにしています。また、苦手な作業・ひとりでは難しい作業に関しては、短時間ではありますが職員とマンツーマンで練習を行い、支援が行われています。	
--	--

(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	4	66.7
I-2 経営状況の把握	8	6	75.0
I-3 事業計画の策定	17	9	52.9
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	17	100.0
II-2 福祉人材の確保・養成	38	29	76.3
II-3 運営の透明性の確保	9	6	66.7
II-4 地域との交流、地域貢献	21	21	100.0
III-1 利用者本位の福祉サービス	62	54	87.1
III-2 福祉サービスの質の確保	33	20	60.6
	220	170	77.3



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	4	66.7
1－(2) 権利侵害の防止等	6	4	66.7
2－(1) 支援の基本	26	18	69.2
2－(2) 日常的な生活支援	5	5	100.0
2－(3) 生活環境	5	3	60.0
2－(4) 機能訓練・生活訓練	5	2	40.0
2－(5) 健康管理・医療的な支援	11	10	90.9
2－(6) 社会参加、学習支援	4	2	50.0
2－(7) 地域生活への移行と地域生活の支援	5	2	40.0
2－(8) 家族等との連携・交流と家族支援	6	4	66.7
	79	54	68.4
	299	224	74.9

A 達成度

