

兵庫県福祉サービス第三者評価
評価結果報告書

施設名 : 救護施設 のぞみの家
(救護施設)

評価実施期間 2017年 8月 23日 ～ 2018年 2月 28日

実地(訪問)調査日 2017年 11月 21日

2018年3月16日

特定非営利活動法人
播磨地域福祉サービス第三者評価機構

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 播磨地域福祉サービス第三者評価機構

②施設・事業所情報

名称：総合リハビリテーションセンター 救護施設 のぞみの家		種別：救護施設	
代表者氏名：謝 世業		定員（利用人数）： 100（100）名	
所在地：〒651-2181 神戸市西区曙町1070			
TEL 078-927-2727		ホームページ： http://www.hwc.or.jp/nozomi/	
【施設・事業所の概要】			
開設年月日：昭和27年11月1日			
経営法人・設置主体（法人名）：社会福祉法人 兵庫県社会福祉事業団			
職員数	常勤職員： 30 名	非常勤職員： 10 名	
専門職員 ※（ ）はうち非常勤職員を明示	施設長 1名	管理栄養士 1名	
	課長 1名	事務員 3名	
	相談員 2名	医師 1（1）名	
	看護師 3名	舎監 2（2）名	
	支援員 26（4）名		
施設・設備の 概要	居室 50	事務室 1	
	相談室・面談室 2	会議室 1	
	観察室 2	診療所・食堂・厨房棟 1	
	医務室 1	男性・女性トイレ 各3	
	静養室 1	浴室 2	
	娯楽室 1	作業室 1	

③理念・基本方針

<p>(1) 利用者本位のサービスの提供</p> <p>日中活動の充実とは、のぞみの家の利用者の生活に潤いと、生き甲斐づくり、そして残存能力をいかした利用者の社会参加等の場面づくり、施設が推進する地域生活移行の促進、利用者の地域生活の定着に良い影響を与えてきた。</p> <p>このような状況をさらに発展させるため、さらなる日中活動の充実を進める。これまでの日中活動に関する余暇等のメニューに加え、利用者の意向に添った選択可能な多彩なメニューを提供する。また地域移行するために必要な社会生活力向上プログラムを見直し、新たなプログラムの下、日常生活意欲の促進を図る支援を行う。</p>

<p>(2) 地域で支えあう仕組みづくり 精神病床の入院患者等やホームレス、家庭内暴力での被害者等に対し、保護機関が一時的入所の必要があると認める決定の下、社会的受け皿としての支援に取り組む。また、行事や自立支援協議会を通して近隣住民との積極的交流を図り、地域移行者の地域生活における理解を深める。 さらに、地域住民や関係者を対象に公開セミナーを開催し、地域移行の状況等を中心に情報発信する。</p> <p>(3) 福祉と医療の連携による事業推進 精神障害を有したり、医療機関（精神科病院等）での入院治療の終わった寛解域の方々が施設で安心して安定した生活が出来るよう支援していくとともに、利用者が安心して地域生活に移行が出来るよう病院や措置機関と連携する。</p> <p>(4) 人材育成と働きがいのある職場づくり 救護施設は、セーフティネットの役割だけでなく、多種多様な障害の利用者に対応できるように、OJT や定期的な OFF-JT を実施し、質の高い支援を目指す「学べる職場」として、働きがいのある職場づくりに取り組む。 特に、利用者のうち精神障害の方が現在約5割を占めていることから精神科医師等と連携し、精神障害を持つ利用者のケアについて実践的に取り組む。</p> <p>(5) 経営基盤の安定・強化 地域移行を積極的に進めつつ、指導員加算等の加算要件を確保し、また措置機関との連携の下、迅速かつ計画的な入所に努め、入所率99%以上を目指し、安定的経営を継続する。</p>
--

④施設・事業所の特徴的な取組

<ul style="list-style-type: none"> ○ 施設内に単独居宅生活を体験できる地域移行シミュレート室を整備しており、利用者の地域移行支援を積極的に推進している。 ○ 総合リハビリテーションセンター内福祉施設と共同で施設運営協議会を開催し、近隣自治会や関係機関等と、連携をはかっている。また、施設に対する理解を深める機会として、地域交流観月会を開催している。 ○ 法人のセラピスト派遣事業を活用し、各個人にあった機能訓練の実施や、食事介助や食事形態の見直しなどを行っている。 ○ 利用者の地域移行や地域生活について、地域住民、関係機関に情報発信し、ともに理解を深めるため、公開セミナーを開催している。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成29年 8月23日（契約日）～ 平成30年 2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24年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

- **地域住民や関係機関との連携のもと、地域の拠点施設として、地域との交流や地域貢献に取り組まれています。**

事業団憲章に地域との積極的な関わりについて方針が明記され、総合リハビリテーション全体や、事業所独自でも利用者理解を得る為に地域の人々と交流する機会を設けるなど体制整備が行われています。

- **利用者の意見や要望を聞く機会を設け、利用者の意思を尊重する支援が行われています。**

利用者尊重の姿勢を基本方針に明示しており、利用者の意思を尊重することを職員間の共通認識として持たれています。具体的には、毎月、利用者、職員も含めて全体的話し合いを行い、利用者の希望を聞く機会を設けることで、意思表示を引き出せるよう配慮されています。また、自治会活動やクラブ活動を通じて、利用者の主体的な活動ができるように、利用者の意向に沿って、レクリエーションやクラブ活動を実施され、利用者のモチベーションに向上につなげています。

- **個別支援計画のもと、多様な活動を通じて、幅広い利用者の特性に応じた自立支援を組み立てています。**

個別支援計画書等に個別の支援の状態や留意事項を明記し、音楽療法やドッグセラピー等、ボランティアの方の協力も得ながら、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、研修等を通じて障害特性の理解を深めるとともに、社会生活力プログラムなど社会生活訓練（SST）を導入することで、生活の意欲を高め、自立支援に繋げています。

◇改善を求められる点

- **利用者のプライバシーの保護に関する取組を具体化していくことが望まれます。**

個人情報の保護規定や、虐待防止マニュアルは整備され、職員研修は行われています。今後は、利用者のプライバシー保護についてのマニュアルを作成し、マニュアルに基づいた支援の実施が望まれます。

- **就労支援をはじめ、施設としての取り組みを明確にして、プログラム化していくことが望まれます。**

各場面において、利用者一人ひとりの生活状況に応じた個別支援が行われており、利用者個々には、社会自立に向けた多様な支援が提供されていますが、個々の取り組みにとどまり施設全体の仕組みは明確ではありません。今後は、就労支援をはじめ、利用者の意思決定支援や家族との連携の支援についてプログラム化されるなど、より明確にしていくことが望まれます。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者評価を受審し、よい評価を頂いた項目については、職員の励み、自信となりました。今後も更なる質の向上を目指し支援していきたいと思ひます。また、多様な環境で生活されてきたご利用者様が多い救護施設の特色をふまえ、更なる人権の尊重、プライバシーの保護、ご本人の意思決定等にかかる支援に力を入れていきたいと思ひます。受審後の評価を真摯に受け止め、今後の改善に努めていきたいと思ひます。

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> ○ 理念・方針は、兵庫県社会福祉事業団憲章として5本柱を掲げ、法人の目指す方向性を示し、明文化されています。事業団パンフレット、ホームページ、事業計画に記載し、利用者、家族、職員に説明され、周知が図られています。 ○ 今後は、事業所の基本的な考えを、利用者や家族に分りやすい言葉で、理解してもらえるような工夫等の取組が望まれます。		

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> ○ 全国・近畿救護施設の連絡会、兵庫県施設指導員連絡会、地域のWST-NETに参加し、救護施設の現状と課題を把握し分析されています。又、月報を作成し、利用の推移を把握され稼働率分析するなど、福祉事業の動向を把握し経営環境の変化に対応した事業所運営がなされています。		
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)・b・c
<コメント> ○ 法人役員出席のもと月1回全体運営会議が行われ、事業所の状況報告や運営状況に報告分析が行われています。職員会議では改善すべき課題について職員間で話し合わせ、利用者への安全面や、人員体制について取り組まれています。		

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。	(a)・b・c
<コメント> ○ 兵庫県社会福祉事業団として新経営10ヵ年計画が策定され、3年ごとの見直しが行われています。現在、第3期実施計画に入っており、事業所として地域貢献事業を反映させるなど、計画を見直す取組が行われています。		

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)・b・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 中長期計画（第3期実施計画）を踏まえて、平成29年度事業計画が策定されています。基本方針を基にして、数値目標を設定することにより、実施状況の評価・検証が行われています。 		
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)・b・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 事業目標管理シート等で事業団ヒヤリングが行われ、事業計画の各項目の取組状況の確認と課題抽出が行われています。12月に職員会議で本年度の評価をまとめ、次年度の実業計画を立案し、1・2月で修正するように、組織として仕組みが定まっています。 		
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・(b)・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 事業計画については、職員会議に於いて説明が行われています。利用者には、自治会を通じて、周知が図られています。家族には、家庭連絡会で、資料を配布し、新規事業においては説明が行われています。 ○ 今後は、利用者が安心して生活ができるよう、誰にでも分かり易い表現などの、工夫された資料作成が望まれます。 		

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		(a)・b・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ あったかサポート実践運動による福祉サービスの自己チェックが、職員一人で行われています。そして毎年2回、「福祉サービス第三者評価基準ガイドライン」に基づく自己評価を実施し、5年ごとに外部機関による第三者評価を受審されています。福祉サービスの向上に向けた取り組みが計画的に、組織的に行われています。 		
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。	a・(b)・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ あったかサポート実践運動による自己チェック結果について、職員会議で検討し課題の共有化が図られています。福祉サービス第三者評価を受審することが事業計画に盛り込まれ、支援会議にて課題を職員間で共有されています。 ○ 今後は、改善計画を策定され、解決に向けた計画的な取組に期待します。 		

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・(b)・c
<コメント> ○ 事業団規則や事務分掌表等で、管理者の位置づけ等は確認できました。事業所の方針や取組について、広報誌「のぞみ号」及び、事業団内ネットワークを通じてメッセージを発信されています。 ○ 今後は、有事における管理者不在時の権限委任等を明文化することによって、更に管理者の役割と権限を明確にしていくことが望まれます。		
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)・b・c
<コメント> ○ 管理者が法令順守・職業倫理研修に出席し、職員に伝達されています。関係法令や通知についてはリスト化し、危機管理委員会では事例集を使用し、遵守するための具体的な取組が行われています。		
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)・b・c
<コメント> ○ 目標管理シート、人事考課表に基づいて職員一人ひとりの評価を、管理者が面談で取りまとめ、良い点や課題を明確にしています。また、施設長からは、利用者尊重や合理的配慮に関する資料を作成し、質の向上につなげています。 ○ 今後は、人権尊重やプライバシー保護等について、研修計画に盛り込むなど、更なる職員の教育・研修の充実に期待します。		
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)・b・c
<コメント> ○ 管理者は、毎月、収支状況の報告を行い、職員面談を年2回行い、勤務状況や職員の希望を把握し組織体制の整備に取組まれています。又、職員会議や委員会に出席し業務内容、状況の把握に努め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・(b)・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 事業団人材育成基本方針において、人材確保や育成に関する方針が明記されています。福祉人材確保については、媒体を使ったり、学校訪問や職場体験を企画するなど、法人全体として取り組まれています。 ○ しかし、現時点では人事計画が明確とはいえません。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を確立し、その計画に基づいた取組が実施される仕組みの整備が望まれます。 		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	(a)・b・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 法人人材育成基本方針に「期待する職員像等」を明確にし、人事考課制度活用マニュアルに基づいて、自己評価、個人面接を実施し、公正な人事考課制度に取り組み、人材育成に努められています。 		
2-2-1 (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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 職員の就業状況を把握し、職員一人一人の状況に応じて働きやすい環境づくりに努められています。年に1度は、ストレスチェックを行い、メンタルヘルスカウンセリング相談窓口を設置するなど身心の健康管理が行われています。法人全体で各施設の課題を明確にし、人材配置を検討しながら職員の定着を図り、志気が向上する体制が整備されています。 ○ 休職中の職員の意向を尊重しながら職場復帰に向けて取組まれているため、更なる福祉人材の確保の取組に期待します。 		
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)・b・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ あったかサポート実践として、年2回一人ひとりの自己評価を基に管理者と面談され、目標の達成状況を確認し合い、課題について話し合わせ、次年度の目標設定に繋がっています。職員の質向上に向けた体制が明確になっています。 		
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。	a・(b)・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 新経営10ヵ年計画及び人材育成方針を掲げ実践されています。法人全体として、職員採用後の年数、職種別によって研修計画が立てられ、定期的に計画の評価・分析・見直しが行われています。外部研修促進や事業所内研修が、職員の業務への意欲向上と質向上を目的に取組まれています。 ○ 今後は、施設においても具体的な研修計画を作成し、施設の特性に応じた研修が確実に実施される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。	(a)・b・c
<コメント> ○ 新任、3年目課長、課長職と研修基準を設定し、それぞれに合った研修を計画的に進められています。新任職員にエルダー制を取入れるとともに、資格所得等への外部研修参加など、希望に応じて職員一人ひとりに教育、研修の機会が確保されています。		
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)・b・c
<コメント> ○ 実習生の受け入れについて、目標等基本姿勢が明文化されています。実習生の受け入れマニュアルに沿って、専門性の特性に応じたプログラムを準備し、専門職の育成に積極的に取り組まれています。		

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。	a・(b)・c
<コメント> ○ ホームページを開設され、法人・事業所の理念、方針、事業計画、サービス内容や予算・決算情報を公表されています。地区の自治会、幼稚園、小学校、中学校、消防署、警察署、各サービス事業所等が参加して行われる施設運営協議会にて、事業計画や活動状況を報告されています。また、パンフレットや広報誌を関係機関や地域へ配布するなど、運営の透明性を確保するために取組まれています。 ○ 今後は、施設運営の透明性を確保するための取組として、評価や苦情に基づく改善内容など、情報公開をより積極的にを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。	(a)・b・c
<コメント> ○ 事業団の会計規則、会計規則施行細則により、事業所における事務、経理、決算、文書管理などルールが明確にされ、職員への理解に努められています。また、法人の監事監査、法人本部による毎月の経理検査、会計監査人による外部監査等が実施され、助言や指導に基づいて経営改善に取り組まれています。		

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)・b・c
<コメント> ○ 事業団憲章に、地域との積極的な関わりについて方針を明記され、総合リハビリテーションセンター全体や、事業所などで、利用者理解を得る為に、盆踊り大会や観月会等を開催し、地域の人々と交流する機会が設けられています。		

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・ (b) ・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ボランティアを受け入れるにあたって、事業所として基本姿勢を明文化し、マニュアルを整備するなど、ボランティア活動がスムーズにできるように支援が行われています。 ○ 地域の学校教育への協力については、総合リハビリテーション全体で取組まれていますが、今後は事業所としての地域貢献活動の取組に期待します。 		
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・ (b) ・c
<p>コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 地域の関係機関・団体をリスト化し、一覧表を設置するなど活用しやすいようにされています。また、神戸市西区自立支援協議会に加盟され、市民参加による定期的な会議や研修会によって、情報共有を行い、地域と関係機関との連携に取組まれています。 ○ 今後は、関係機関の共通の問題に対して具体的な取組を通じ、地域でのネットワーク化に努め、リーダー的な役割を果たしていくことが期待されます。 		
Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
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"> ○ 総合リハビリテーションセンター全体として、地域住民が参加する観月会、夏祭りなどの行事が大々的に行われています。2年に1回は、公開セミナーを開催し、災害時には併設の体育館が避難場所として指定されています。 ○ 法人全体として地域貢献の取組が活発にされていますが、今後、事業所の専門性や特性を活かした、地域住民のための取組に期待します。 		
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。	a・ (b) ・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 総合リハビリテーションセンター全体で行う施設運営協議会を通じて、地域自治会や民生委員等からの要望や意見を聞き、地域の課題を把握し、地域に貢献できることを次年度の事業活動に取り入れる等の取組がなされています。 ○ 現在、就労訓練の場として、引きこもりとなっている人への働きかけを行うことが検討されており、新たな地域の福祉ニーズに応じた事業の展開に期待します。 		

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。	Ⓐ・b・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 事業団憲章や職員倫理要綱に、利用者尊重の基本姿勢を明示し、理念において利用者本位の支援を掲げ、職員は日々の支援に努められています。あったかサポート実践運動による自己評価の中で、各自で支援内容が理念に沿っているかを検証されています。 ○ 今後は、利用者の尊重や権利を守るための研修としての位置づけを明確にされることが期待されます。 		
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。	a Ⓑ・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 個人情報保護や虐待防止に関するマニュアルが整備され、不適切な事案が発生した場合の対応方法が明示されています。また、利用者にとってプライバシーに配慮した環境や設備の工夫が行われていました。 ○ 今後は、個人情報保護のみならず、利用者のプライバシーの保護に関するマニュアルを整備し、それに基づいた支援の充実が望まれます。 		
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。	Ⓐ・b・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 分かり易い事業所パンフレットを作成し、総合リハビリテーションセンターをはじめ、福祉事務所、関係機関に配布されています。また、利用希望者には見学体験などを勧め、サービス内容については丁寧に説明され、必要な情報提供が行われています。 		
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。	a Ⓑ・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ サービス開始時や変更時に当たっては、重要事項説明書にルビを振ったり、福祉事務所の保護担当者に同席をお願いするなど、安心して利用してもらえるように、施設の役割や保護費等について分かり易く説明が行われています。 ○ 今後は、意思困難な利用者への配慮についてルール化され、更に適切な運用が図られる事に期待します。 		
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 Ⓑ・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 相談員や担当支援員が窓口となり、他の福祉施設・事業所や家庭・地域への移行にあたってフェイスシート、診療情報提供書、看護サマリーを作成し、事前面談で引き継ぎが行われ、不利益が生じないように配慮されています。 ○ 今後は、在宅復帰時に向けた手順書作成や、相談しやすい環境整備が期待されます。 		

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	Ⓐ・b・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者自治会活動の中で、食事や日帰り旅行のアンケートを取り入れ、意見を反映されています。また、家族連絡会や個別面談等で利用者満足を把握されています。 ○ 今後は、福祉サービスに向けた利用者満足に関する調査を行い、満足向上に向けた組織としての仕組みが望まれます。 		
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・Ⓑ・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 苦情解決の体制が整備され、重要事項説明書に明記されています。また、施設内数か所に意見箱が置かれ、改善に向けて職員間で話し合われています。 ○ 事業所内での苦情に関しては、今はありませんが、今後は、苦情が言いやすい環境整備や、事業所における苦情の公表にむけた取組に期待します。 		
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。	a・Ⓑ・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 施設入り口には、相談窓口を明記した重要事項説明書を掲示し、利用者自治会活動等を通じて意見や相談が述べやすい環境が整備されています。 ○ 今後は、利用者の生活における多様な相談について、更に利用者等に周知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。	a・Ⓑ・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者からの意見は、意見箱の設置、アンケートの実施、利用者自治会等で把握され、職員会議で改善に向けて検討されています。設備関係の要望については本部に報告され、組織的に、迅速に対応されています。 ○ 今後は、苦情対応マニュアルだけでなく、意見・相談対応についてもマニュアル整備が望まれます。 		
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・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 危機管理委員会や各対策部会によって、定期的並びに随時に会議を開催し、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、ヒヤリはっと・事故報告書や安全チェックを通して、事例ごとの検証を行い、職員会議で周知され、改善していく仕組みが構築されています。 ○ 今後は、多様なリスク対応の実施状況や実行性について、定期的に検証・評価していくことを期待します。 		

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・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 危機管理委員会・感染予防対策部会を中心に、感染症の予防や発生時における管理体制が整備され、感染対策マニュアルに基づいた取組を行っています。また、早期発見を心掛け、予防のための手洗い、うがい、換気など具体的な取組が職員に周知されています。 ○ 施設のサービスに係る感染症予防の徹底について、利用者に周知を行うなど更なる取組の充実に期待します。 		
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。	a・㉡・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 危機管理基本方針や消防計画を整備するとともに、災害時のエコマップやヘルメットを整備して、消防・防災訓練が行われています。また、備蓄として飲料水、食品を3日分備え、総合リハビリセンターとの連携を図っています。 ○ 今後は、利用者の安否確認や地域との防災連携体制の構築など、利用者や地域を巻き込んだ安全対策の充実が望まれます。 		

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・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 標準的なサービスの実施方法については、施設独自の業務マニュアルによって文書化され、新人職員研修、OJT（日常業務を通じた職員教育）研修時に職員に周知し、福祉サービスが実施されています。 ○ 今後は、標準的な実施方法の検証について、さらに明確にしていくことが期待されます。 		
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・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 業務マニュアル検討委員会を設置し、年度末に個々のマニュアルチェックにより検証、見直しが行われています。また、利用者の意見を取り入れることにより、その都度マニュアルに反映している事例がうかがえました。 ○ 今後は、標準的な実施方法と個別支援計画の関係について、さらに明確にしていくことが期待されます。 		

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。	a・ (b) ・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 個別支援計画策定手順書に従って、福祉事務所、病院とも連携してアセスメントが行われ、多職種によるカンファレンスを経て、個別支援計画が策定されています。また、支援困難ケースへの対応については、随時、個別に面談の機会を設定し、対応について検討が行われています。 ○ 今後は、計画策定の責任者やアセスメントについての手法を明確にしていくことで、さらなる組織的な計画づくりが望まれます。 		
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) ・b・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 個別支援計画書は、毎月のケース記録のまとめから評価・修正点などを上げ、定期的な支援の評価・見直しが行われています。また、計画書の緊急変更する場合は、支援計画案として、支援員会議で検討が行われています。 ○ 今後は、標準的な実施方法に反映すべき事項、福祉サービスを十分に提供できていない内容（ニーズ）等、福祉サービスの質の向上に関わる課題等が明確にしていく仕組みを構築していくことが期待されます。 		
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) ・b・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者個々の記録は、コンピュータソフトを活用し、統一した様式で個別支援計画に基づいた記録がなされています。また、PT、OT、看護師、支援員等におけるミーティングやコンピュータネットワークを利用して情報の共有化が図れていることがうかがえました。 ○ 今後は、利用者の情報の流れを職員へ具体的に周知するための手法の明確化が期待されます。 		
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。	a・ (b) ・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 法人による「文書管理規則」をはじめ、各種規定により、個人情報の扱いについて明記されており、職員には職員会議で周知されています。 ○ 今後は、個人情報保護の観点から、定期的に継続した研修や勉強会の機会を確保されるとともに、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についての取り決めなど、利用者に関する記録の管理体制について、更に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。	Ⓐ・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 Ⓑ・c

特記事項

- 毎月、利用者、職員も含めて全体的話し合いを行い、利用者の希望を聞く機会を設けることで、意思表示を引き出せるよう配慮されています。また、社会生活力プログラムにて健康管理、金銭管理等について、利用者間で話し合い、自らの気づきや学ぶ機会を設けています。
- 自治会活動やクラブ活動を通じて、利用者の主体的な活動ができるように、利用者の意向に沿って、レクリエーションやクラブ活動を実施され、利用者のモチベーションに向上につなげています。
- 人権侵害については、虐待防止や身体拘束に関する規定を定め、権利擁護部会にて、具体的な権利侵害の例をもとに、職員の気づきの研修が行われています。
- 今後は、利用者の権利意識を高める取り組みを充実させることで、権利擁護をはじめ、利用者を尊重する支援や方法について、明確にしていくことが望まれます。

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・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・b・c
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・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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

- コミュニケーションに配慮が必要な方への支援として、筆談やカード、ジェスチャーなど等を用いて、コミュニケーションが行われており、意思表示を引き出せるよう配慮されていることがうかがえます。
- 日中活動は、音楽療法やドッグセラピー等、ボランティアの方の協力も得ながら、多様な活動メニューを用意し、支援が展開されています。また、研修等を通じて障害特性の理解を深めるとともに、社会生活カプログラムなど社会生活訓練(SST)を導入することで、生活の意欲を高め、自立支援に繋げています。
- 法人のセラピスト派遣事業を活用し、必要な利用者に対して個別のリハビリメニューを定め、利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を実施しています。
- 排せつチェック表・水分摂取量チェック表等、様々なチェック表を作成することで、利用者の健康状態を把握するとともに、体調変化に対応する体制が整備されています。また、健康教室を実施し、看護師や栄養士、セラピスト、歯科衛生士等からアドバイスをを行い、健康への意識づけが行われています。
- 社会生活支援として、利用者の地域生活への移行を目的に、施設が近くのアパートを借り上げ、居宅訓練事業を通じて、今後の単身生活に移行できるよう支援されています。また、毎週木曜日に社会生活カプログラムが行われ、必要に応じて、措置機関の福祉事務所や相談支援事業所と連携し、地域で暮らしていくための支援を積極的に展開しています。
- 家族との連携は 年に1回、家族連絡会をしており、その時に施設での取り組みや利用者の状況についての情報提供を行っています。
- 今後は、障害の多様化に向けて、利用者の意思決定支援や家族との連携などの取組を標準化していくことによって、生活支援をより充実させていくことが望まれます。

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。	a・ b ・c
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。	a・ b ・c
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。	a・b・ c

特記事項

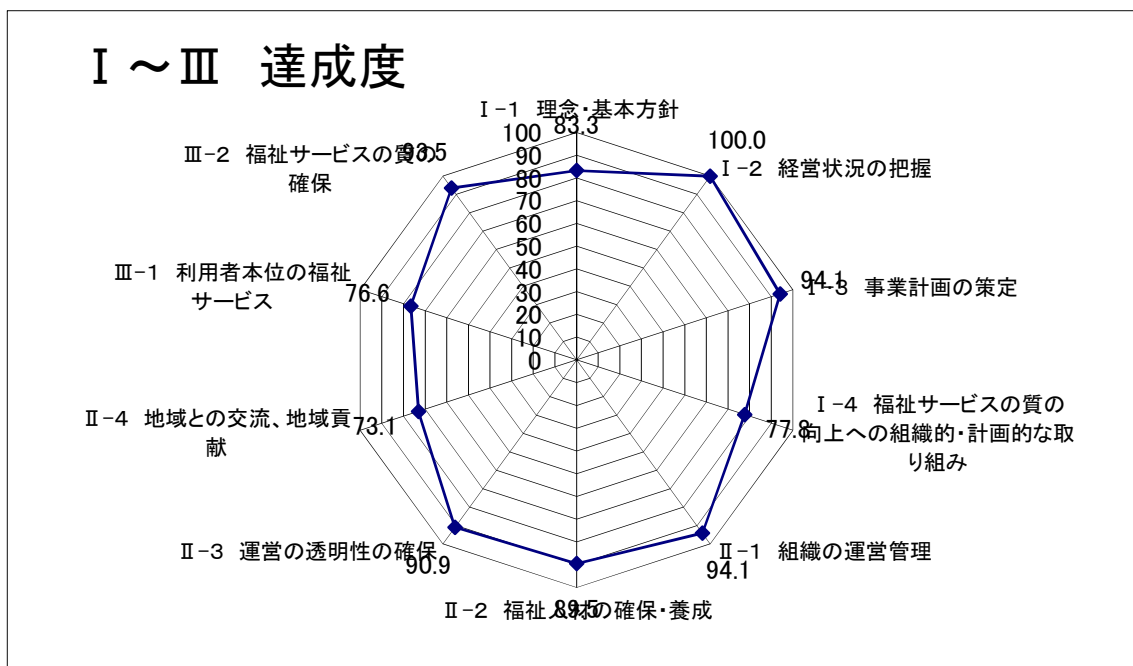
- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ○ 労働意欲のある人、一般就労につなげられる人対象に30名の利用者が、障害に応じた配置で、緩衝材作業やバリ取り、ビニール折り、箱折などの作業を行っています。 ○ 障害に応じて、作業の担当が作業工程の写真を撮り、わかりやすく説明するなど配慮されるとともに、仕事の内容についてその都度、利用者と協議を行うことで、働く意欲や知識向上につなげています。 ○ 今後は、利用者の自律・自立生活や自己実現をはかるため、職場開拓と就職活動の支援、定着支援など、具体的な就労に向けた取組を充実していくことが重要です。 |
|---|

(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	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	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	7	77.8
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	34	89.5
II-3 運営の透明性の確保	11	10	90.9
II-4 地域との交流、地域貢献	26	19	73.1
III-1 利用者本位の福祉サービス	64	49	76.6
III-2 福祉サービスの質の確保	31	29	93.5
	227	193	85.0



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	3	50.0
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	5	100.0
2-(5) 健康管理・医療的な支援	10	10	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	5	83.3
4-(1) 就労支援	18	10	55.6
	96	83	86.5
	323	276	85.4

A 達成度

