

兵庫県福祉サービス第三者評価結果

①第三者評価機関名

株式会社H. R. コーポレーション

②施設・事業所情報

名称：	あわじ障害者相談支援事業所 きらら	種別：	相談支援事業所
代表者氏名：	藪脇 久臣	定員（利用者人数）：	131 名
所在地：	兵庫県南あわじ市神代浦壁198-1		
TEL	0799-43-2155	ホームページ：	http://awaji-vasuragi.jp/
【施設・事業所の概要】			
開設年月日：	平成11年4月1日		
経営法人・設置主体（法人名）：	社会福祉法人 淡路島福祉会		
職員数	常勤職員： 1 名	非常勤職員：	2 名
専門職員	(専門職の名称) 名	社会福祉士	1 名
	相談支援専門員 2 名	精神保健福祉士	1 名
施設・設備の概要	(居室数)	(設備等)	

③理念・基本方針

淡路島福祉会

(基本理念)

地域に親しまれ 信頼される 福祉事業所に

(基本方針)

1. 利用者の視点に立ち、人権を尊重したサービスを提供する。
2. 常にサービスの向上を目指し、自己研鑽を怠らず創意工夫に努める。
3. 事業者としての義務を果たし、責任を持った経営を行う。

ウインズ・きらら

(基本理念)

共感・共存・共栄

(基本方針)

1. 基本的人権を重んじ、個人を尊重したケア計画に基づくサービスを提供する。
2. 勤労を通して生きがいや働きがいの場を提供する。
3. 社会福祉の原点であるノーマライゼーションを基本とする。
4. 地域に親しまれ信頼される施設とする。
5. 事業者としての自覚と責任を持った経営を行う。

職員のモットー『明るく 優しく 笑顔で』

④施設・事業所の特徴的な取組

障害のある方やその家族・関係者などからの相談に応じ、地域で自分らしく生活するために必要な情報提供や障害福祉サービスの利用支援等を行う。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 28 年 11 月 13 日 (契約日) ~ 平成 29 年 3 月 7 日 (評価結果確定日)
評価受審日	平成28年12月13日・12月19日
受審回数	初 回

⑥総評

◇特に評価の高い点

組織の運営管理

総合的に福祉サービスを提供する社会福祉法人の中で、法人の組織的な運営管理体制が確立し、規程類の整備・各種会議の連動的な開催・人事考課制度の導入と研修の充実による人材育成が、計画的・継続的に行われている。法人内に障害分野の委員会を設置し、事業所間で連携をとりながら支援に取り組む仕組みがある。

関係機関との連携とネットワークづくり

サービス管理責任者連絡会、自立支援協議会運営委員会、就労支援ネットワーク会議、相談支援事業所連絡協議会等が定期的に行われ参加している。法人内では法人内各種委員会でも協力連携を図っている。市が開催する障がい者福祉施設運営委員会で、共通の課題に対して解決に向けて協働している。南あわじ市の福祉計画があり、計画に沿って地域のネットワーク化に取り組んでいる。事業所内の担当職員のほか、圏域コーディネーターとのケア会議への参加や、他事業所の担当者との連携により、利用者支援に取り組んでいる。

情報共有と連携にもとづいた利用者支援

利用者の心身の状況や生活状況は、アセスメント表・基本情報・専用ソフト使用により統一した用紙を用いて記録し共有している。月初めの「1日会議」や申し送り・職員会議等を定期的に行い、また、パソコンのネットワークシステムも活用して情報を共有している。専門機関（クローバー）・看護師・医師とも連携を取りながら、個別支援計画を作成し、各事業所からの報告により、計画通りにサービスが実施されているかを確認する仕組みがある。行政・他事業所と連携を取りながら、支援困難事例にも積極的に対応している。

◇改善を求められる点

サービスの質向上に向けた組織的な取り組み

定められた評価項目に基づいた自己評価から課題を抽出し、職員参画のもとPDCAサイクルで改善に取り組む仕組みづくりが望まれる。改善に向けた組織的な取り組みの経過を議事録や進捗表等記録に残すことを期待する。

さらなる向上に向け、現在使用しているミーティング記録・会議録・研修記録・マニュアル等の書式やファイリング方法を、見やすく活用しやすく工夫することを期待する。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

この度は評価いただきましてありがとうございました。評価していただく事で、振り返りができ、事業運営の改善を行い、質の高いサービスを提供していきたいと考えております。

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。

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> 法人の理念・基本方針を明文化し、ホームページ・法人パンフレット・広報誌・事業計画に記載している。理念は法人の目指す方向を明示し、基本方針は理念と整合性が確保され、具体的な内容になっている。玄関に法人理念を明示している。施設の理念は、ノーマライゼーションを基本として「明るく・優しく・笑顔で」をモットーに、申し送り時に唱和して職員への浸透を図っている。年に2回発行する広報誌「まごころ」に法人理念を明示し、配布することで浸透を図っている。年1～2回程度定期的開催している「ウインズ・きらら・クオーレ家族連絡会」でも、話の中に理念・基本方針に触れ浸透を図っている。		

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> 事業の動向や地域の動向については、事業所説明会・自立支援協議会・就労支援ネットワーク会議など、様々な会議へ参加し情報を収集している。各事業所が収集した情報を、幹部運営会議で共有し分析している。各事業所のコストや利用率は毎月法人に報告し、3ヶ月に1回経営開発センターと共に分析している。		
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> 把握した環境や経営状況の課題を、責任者会議（係長会議）で明確化し、施設長・係長で課題・問題点を共有している。明確化された課題や問題点は、施設長が参加する幹部運営委員会で報告され法人役員間での課題や状況の情報共有が図られている。毎月1回の職員会議（合同ミーティング）で、職員間の情報共有を図るために、事業所全体の稼働率・運営状況・経営状況等について書面が作成され、職員間で回覧し情報共有を図り、課題について共有し解決・改善に向けた具体的な取り組みに適切に反映させるようにしている。		

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
<p><コメント></p> <p>施設長が、南あわじ市の福祉計画に基づいて、中期的なビジョンを事業計画書の「施設長方針」に明文化している。具体的な課題を明示し、課題解決に向けた具体的な評価を行える内容となっている。毎年事業計画策定時に、中期的なビジョンも見直し、施設長方針で明文化している。</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>明文化された施設長方針から、各部門毎に具体的な取り組みを方針として明文化している。項目別に実行可能で具体的な、また、実施状況の評価を行える内容になっている。単年度の事業計画は、中・長期計画にもとづいて策定されることが望まれる。</p>		
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> <p>事業計画は各部門毎に作成され半期毎に分析評価を行い次の取り組み見直しに反映させている。各事業計画を作成するときには、各部門の職員が参画し作成され、各部門の長が文書化し作成している。計画作成時より職員が参画しているため、職員間への周知が行われ、具体的な計画となっている。計画に沿って実施・実践はしているが、稼働率や収支等の数値的な報告、評価となっている。障害福祉事業部連絡会（平成28年9月実施分）で事業計画上期の稼働率、行事実績の報告から下期の課題を出し下期への修正実践に取り組んでいる。職種別・部署別に明文化した方針（年間目標）についても、中間・年度末に実施状況と達成度の把握を行い、次年度の計画策定に反映する仕組み作りが望まれる。実施状況の把握・評価・見直しの経過を、議事録等、記録に残すことが望まれる。</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>毎年家族連絡会を開催し、事業計画書の配布と家族連絡会での説明を行い浸透を図っている。計画書には年間行事予定表も明示し利用者家族の参加が計画的に参加しやすいように配慮している。ホームページのブログを活用して、事業計画の内容や活動状況を理解してもらいやすいように工夫している。</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
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。	a ・ (b) ・ c
<p><コメント></p> <p>施設長がサービスの質向上委員会に参加し、委員会の内容について合同会議や責任者会議で報告・連絡を行い、事業所各部門の職員に周知し、サービスの質向上に取り組んでいる。人事考課制度を導入し、年2回の職員の自己評価・上位者評価により、定期的・組織的に評価する仕組みがある</p> <p>事業所・施設全体のサービスについて、定められた評価基準に基づいた自己評価を行い、評価結果を分析・検討する仕組み作りが望まれる。</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>抽出した課題は、職員会議で共有化し、議事録に文書化している。</p> <p>抽出した課題について、改善計画を策定し、計画の評価・見直しを行いながらの計画的な仕組み作りが望まれる。経過については、記録に残すことが望まれる。</p>		

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> 施設長は、経営管理に関する方針を、事業計画の施設長方針に明文化し、職員や利用者・家族へ配布している。広報誌に掲載する機会もある。年度初めの職員会議や、家族連絡会で事業計画の説明を行う中で、表明し周知を図っている。施設長不在時に権限委任については、組織図の中に、施設長代理として明確にしている。		
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
<コメント> 施設長は、障害者福祉法、差別解消法等、順守すべき関連法令集を整備し、理解と適正な関係保持に努めている。障がい者事業団、県や市、自立支援協議会等から案内のある法令関係の勉強会や研修会には施設長等が参加している。幹部運営委員会でも、関連法令についての情報提供を受け、取り組みに反映させている。法人の新人研修では、個人情報保護法等、遵守すべき法令について周知している。障がい者虐待防止法については、施設内研修の年間計画に盛り込んでいる。		
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
<コメント> 施設長は、責任者会議・障害福祉事業部連絡会等に出席し、定期的・継続的にサービスの質の現状について評価・分析を行っている。報告や会議の中で、職員の意見を把握し、取り組みに反映している。年間計画に基づいた施設内研修・施設外研修の実施により、職員の教育・研修の充実を図っている。		
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
<コメント> 施設長が基本的には人事・労務管理を行っている。事業所は市の委託で実施しているため、毎年の委託費の状況を把握・確認し分析を行い、会計士に報告し最終的に経営改善や業務の実効性の向上に向けた取り組みを行うように努めている。責任者会議で報告を受け、働きやすい職場環境整備に向け取り組んでいる。職員会議にも出席し、活動に積極的に参加している。		

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や、福祉人材の確保と育成に関する方針を明文化し、国の基準より多めの配置となるように確保している。基本となる人員体制については事業計画にも明示している。専門職の配置も明記し、計画に基づいた人材・人員確保に取り組んでいる。就職フェアや折り込みチラシ、ホームページなども活用して法人全体で人材確保を行っている。新たな人材確保、人員確保等難しいことが多いが、就業者の離職率が少ないため安定した人員・人材確保が継続されている。		
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> 法人の基本方針と、施設の基本理念の職員のモットーに期待する職員像を明示している。就業規則・人事にかかわる規定に、人事基準を明記し、ファイルされ事務所に設置している。人事考課制度を導入し、職員は自己評価を行い年2回面談で上位者評価を行っている。職種別、階級別に基準がある。一般的には、求人の子ラシやハローワークなどで賃金や処遇について把握をし自己評価や面談の機会に聴取する内容で処遇改善の必要性等を評価分析している。人事考課制度要綱の中で職員がキャリアパス制度と共に自らの資質の向上に取り組むことができるよう仕組みづくりされている。		
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。	○a ・ b ・ c
<コメント> 職務分掌表・決裁規程で労務管理に関する責任体制を明確にしている。「年次有給休暇個人別台帳」「時間外勤務命令簿」が作成され労務管理が行われている。健康診断とストレスチェックを法人で一括して実施し、必要に応じて、再受診や適切な支援が受けられる仕組みがある。年2回の人事考課の個人面談の実施と共に、施設長以外に各部門に施設長代理を配置し相談しやすい体制を整えている。職員旅行については職員から意見を聴取し、半日有給制度の導入・国家資格取得時の手当支給等、幹部運営委員会で検討し、福利厚生に議職員の希望を採り入れている。半日有給・介護休暇・育児休暇等の制度の採り入れ・保育所の設置・希望に沿った勤務時間調整等、ワーク・ライフ・バランスに配慮している。健康・ワークバランスに配慮した取り組みや福利厚生の充実により、働きやすい職場づくりに努めている。		
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> 職種別・役職別の人事考課制度のシートに記載された内容が期待させれる職員像としている。人事考課シートの中に目標設定の欄があり、面談を通して職員個別の目標設定を行っている。面談で職員個々の適切な目標の水準となっているか確認し、期限は適切になるようにしている。年2回の面談で上期、下期で目標設定それぞれ評価し次につなげるようにしている。年度当初に目標設定の面談で話を行い、9月に年度途中の目標見直し評価、年度末2～3月で年度の評価、次年度に向けた目標設定に向けた確認をしている。		

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> <p>法人の基本理念と共に、施設の基本方針職員のモットーに期待する職員像を明示している。職員一覧表で職員個々が保有する資格や専門資格などを明示しており、施設全体で必要とする職員資格や保有数で目標設定がある。施設内研修の年間計画の中に虐待防止・感染症・災害の研修を入れ、計画的に実施している。障害については新入職者研修で実施し、今年度は現任者も受講し、全員が参加できるように1日2回、2日に分けて実施した。研修計画・カリキュラムは、毎年施設長・施設長代理が中心となり作成している。研修内容は担当職員が、前回の内容を参考に検討している。研修計画・実施記録・資料を含む、研修ファイルの整備が望まれる。各研修実施後の報告書から、習熟度や感想を把握し、評価・見直しを行う仕組み作りが望まれる。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>職員資格一覧表で職員個々が保有する資格や専門資格などを明示している。新入職者研修は、法人全体で実施される研修と施設内で実施される新入職者研修を実施している。28年度は、OJT研修も兼ねて、障がいへの理解を深める研修を実施した。サービス管理責任者研修の受講については毎年数名、マーケティング戦略研修会等受講してもらうようになっている。サービス管理責任者研修の継続研修の受講についても行えているか確認把握している。職員資格一覧表で資格の取得状況を確認把握している。勉強会アンケートで職員個別の習熟度を確認するようにしている。ファックス、メールでの外部研修案内を、職種・階級・担当部門等に応じて情報提供し、必要な内容の研修が受講できるように支援している。勤務扱いで、受講料金・交通費を支給し、受講を支援している。受講一覧で職員の受講が偏らないように配慮している。</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。		
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
<p><コメント></p> <p>法人共通の実習生受け入れマニュアルがあり、受け入れに対しての基本姿勢が明文化されている。マニュアルには、受け入れの一連の流れを明示している。大学から教師取得の課程の施設実習生の受け入れを多く行っている。来年度より看護学生の実習の受け入れも予定されている。実習プログラムは個別に立てられ実習生が効果的に実習できるように配慮している。実習の期間に応じて養成校の指導者の来訪があ、連携を図っている。</p> <p>実習指導を直接担当する職員が指導・助言に関してばらつきが生じないように、指導者に対する研修の実施やマニュアルの作成が望まれる。</p>		

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> ホームページを活用し、法人の理念・基本方針、提供する福祉サービスの内容、予算・決算を公開している。年に2回発行する法人の広報誌に、理念・基本方針・事業所で行っている活動などを掲載し、地域の連絡会・自治会・学校・販売支援業者などに配布し、地域に法人・施設の意義や役割を伝えている。 苦情・相談の体制や、事例発生時の改善・対応状況を施設の特性に配慮しつつ公表する仕組みづくりが望まれる。		
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> 事務規定・経理規定等が法人全体で整備され、事務室に設置し職員がいつでも見て確認できるようにしている。ウインズ・きらら事務分掌表も各種規定類と一緒にファイリングし設置している。法人として、公認会計士、社会保険労務士、弁護士等と委託契約を結び、内容に応じて相談し助言を得ている。経理、取引関係については、委託している公認会計事務所が定期的にチェックを行って、内部監査を実施している。理事会が、事業、財務等に関するチェックを会計事務所に委託している。3ヶ月に1回、実績報告会で予算等財務に関する報告を行い、課題等があれば改善に向け取り組んでいる。		

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> 事業計画の中に地域活動への参加と交流として具体的な取り組みを明示している。玄関に地域の行事や活動を掲示し、情報提供している。利用者休憩室にも他の施設での催しなどの情報を掲示したり、チラシを配布し情報提供している。事業計画の地域活動への参加と交流の項目で、地区の行事や催しに職員が支援し参加することが明示し、利用者の希望等に応じて参加できるように職員が支援している。見学や実習の受け入れ、グランドゴルフを通じた老人会との交流会、夏祭りなど地域の催しなど、地域の人々と利用者の交流の機会を設けている。買い物・通院・図書館等、社会資源を利用できるように支援している。		
24	II-4-(1)-② ボランティア等の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
<コメント> ボランティア受け入れマニュアル、ボランティア受け入れ票を整備している。サマーチャレンジボランティア、高校生のボランティア部、音楽ボランティア、行事の機会や作業へのボランティアを受け入れ、今年度は行事へのボランティアの申し込みがあり受け入れた。実習生受け入れと同様にマニュアルに明示された、受け入れ確認事項で説明を行い、守秘義務の誓約書を受けている。事業所から学校へ講師派遣を行い学校教育支援・協力を行っている。学校教育との連携・協力についても講師派遣もマニュアルに明示することが望まれる。		

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
<p><コメント></p> <p>関係機関、団体が明示された淡路障害者自立支援協議会作成の「淡路地域福祉サポートマップ」を玄関等に設置している。必要に応じて職員会議で情報共有を行っている。サービス管理責任者連絡会、自立支援協議会運営委員会、就労支援ネットワーク会議、相談支援事業所連絡協議会等が定期的に行われ参加している。法人内では法人内各種委員会でも協力連携を図っている。南あわじ市が毎年1回開催している障害者福祉施設運営委員会にも参加し、連携協力を図っている。市が開催する障がい者福祉施設運営委員会で、共通の課題に対して解決に向けて協働している。南あわじ市の福祉計画があり、計画に沿って地域のネットワーク化に取り組んでいる。</p>		
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> <p>施設のスペースを活用し、野菜やパンの販売バザーを行い地域住民と交流している。法人で実施している介護員養成研修に、事業所から専門職員を講師として派遣し、養成研修には地域の方も参加している。法人内の施設で実施している介護教室への職員参加や、地域の中学校からの希望で講演に講師派遣をしたり、市の新任職員の実習受け入れなど地域貢献を行っている。見学の希望があれば随時受け入れ、相談には法人内の機能も活用しながら柔軟に対応するようにしている。福祉避難所として市と協定を交わしている。市と連携を図りネットワーク化には取り組んでいる。事業所周辺の草刈りや全島一斉清掃の活動に参加し地域貢献に努めている。</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) ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>相談支援事業を通して、地域の福祉ニーズの把握に努めている。南あわじ市障がい者福祉施設運営委員会のメンバーである民生委員や自治会長、家族会代表者等から福祉ニーズを把握するようにも努めている。障がい者児の「親の会」や「精神障がい者生活支援連絡会」にも参加し、様々な年齢や立場の参加者から福祉ニーズの把握に努めている。地域の福祉ニーズとして把握できた「グループホームが不足している」ことを法人の会議にあげ、事業計画に盛り込み事業開始に向けて取り組んでいる。</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。	Ⓐ・b・c
<コメント> 法人の基本理念、施設の基本理念に、人権尊重を明示し、掲示・唱和・事業計画策定等を通して職員の共有と実践を図っている。「職員規律」の基本理念に、職員が理解し実践しやすい行動規範を追記している。「職員規律」の「メンバーへの対応」の中に、利用者を尊重する基本的な姿勢が明示されている。施設内研修の年間計画に入れ、虐待防止の研修を年度内に予定している。利用者尊重や基本的配慮について朝の申し送り時に発表し、夕方の申し送りで反省点を共有し必要な対応を行っている。		
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。	Ⓐ・b・c
<コメント> 個人情報保護規定・プライバシーマニュアルを整備し、各支援のマニュアルの冒頭に介護の心得えとして、利用者のプライバシー保護や尊重について明記している。厚労省発行の「障がい者福祉施設等における障がい者虐待防止と対応の手引き」をマニュアルとしている。植木・パーテーション等で一人で過ごせるスペースの確保や、椅子やソファの設置等工夫し配慮している。契約書・重要事項説明書・個人情報使用同意書等の説明時に、利用者・家族プライバシー保護と権利擁護の取り組みを周知している。規程にもとづいた実施については、日々の申し送り時の振り返りで確認している。不適切な事案が発生した場合の対応方法については、法人の規定に明示されている。事業所としての障がい者身体拘束・虐待防止法マニュアルを作成し、研修でマニュアルの周知を図ることが望まれる。		
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・Ⓑ・c
<コメント> 理念・基本方針・実施する福祉サービスの内容や事業所の特性を紹介した、広報誌やパンフレットを、法人内の各施設・出店店舗・喫茶店・南あわじ市庁舎内の販売スペース、等、多くの人が入手できる場所に設置している。広報誌・パンフレットは写真や図を用いてわかりやすい資料となっている。利用希望者については個別に丁寧に説明している。広報誌は年に2回発行し、ブログは随時更新を行い、情報が最新となるようにしている。パンフレットも必要に応じて見直しを行っている。		
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。	Ⓐ・b・c
<コメント> サービス開始にあたっては、契約書・重要事項説明書・パンフレット・広報誌などを用いて、わかりやすい説明に努めている。自己決定の上、署名・捺印により書面で同意を得ている。利用計画作成の流れや利用計画変更についても明記されている。契約書・重要事項説明書には身元引受人の署名欄を設け、適正な説明と運用が図られている。		

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
<p>〈コメント〉</p> <p>契約書・重要事項説明書に、「サービス等利用計画の変更」「障害者支援施設への紹介」などの条項を設け、サービス内容の変更や契約の終了にあたり、利用者に不利益が生じないように明記している。サービス終了後の相談窓口として、重要事項説明書に明示した相談窓口を設置し、いつでも相談を受け付けている旨を口頭で説明している。退所届の書面を活用して終了後の相談受付窓口等を明示することが望まれる。</p>		
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。	a ・ (b) ・ c
<p>〈コメント〉</p> <p>6カ月に1回サービス担当者会議を開催し、会議後に、個別に意見や要望を聴取する機会を持ち、面談記録に記録している。家族会を年に1回開催し、施設長・施設長代理・主任・常勤職員が参加し利用者満足の上昇に努めている。利用者懇談会は実施していないが、家族会には利用者も来訪し参加も可能である。利用者満足に関する部署を障害福祉事業部連絡会とし、休日の開所等、家族からの要望・意見について検討している。施設としては利用者満足調査を実施しているが、事業所としての実施が望まれる。</p>		
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> <p>苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員を設置し苦情解決の体制を整備している。重要事項説明書に明記し配布すると共に、玄関カウンターにも設置している。「福祉サービスをより良くするために」という苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した資料を作成し、利用者・家族に配布している。「苦情受付対応票」を用いて、内容・検討・解決を記載し、「申立者への対応」欄でフィードバックを記録する仕組みがある。事業所に対する苦情の事例はなく、サービス提供事業所に関する相談・苦情については、各事業所と協働してサービスの向上に取り組んでいる。アンケートを実施する等、苦情を申し出やすい工夫が望まれる。苦情内容・解決結果を公表する仕組み作りについては、検討中である。</p>		
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> <p>「福祉サービスをより良くするために」に、「疑問・要望などは下記窓口までご相談してください」と明記し、利用者・家族に配布している。会議室・相談室など、プライバシーに配慮して、相談しやすいスペースを確保している。</p>		
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> <p>相談受付マニュアルを整備している。事務所の窓口でいつでも相談を受け付ける仕組みを作り、利用者に周知しその方法が機能している。相談・意見については、「相談受付票」に記録している。事業所に対する意見の事例はなく、サービス提供事業所に関する相談・意見については、各事業所と協働してサービスの向上に取り組んでいる。定期的マニュアルの見直しが望まれる。アンケートの実施等、利用者の意見を積極的に把握する取り組みが望まれる。</p>		

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> <p>「事故対応マニュアル」を作成し、事故発生時の対応手順をフローチャートで明示している。ヒヤリハット事例・事件事例を収集し、管理者層で発生要因の分析・対応・再発防止策の検討を行い、インシデント・アクシデントレポートを作成し、夕方の申し送りミーティングで職員に周知を図っている。</p> <p>リスクマネジメントに関する実質的な責任者は施設長であるが、責任者や担当者を事務分掌表やリスクマネジメントマニュアル等に明記することが望まれる。安全確保・事故防止に関する研修の実施が望まれる。事故防止策などの実施状況や実効性について定期的に評価・見直しする仕組み作りが望まれる。</p>		
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> <p>感染症対策についての、施設の責任と役割を事務分掌に明記している。法人全体で看護業務検討委員会と感染予防対策委員会を設置し、「感染症対策マニュアル」を作成している。施設から委員会への参加はないが、議事録や幹部運営会議での伝達がある。法人内で看護業務検討委員会が年4回、施設内で看護師が年1回、計画的に研修を開催している。手洗い・うがいの徹底、空気清浄器・加湿器・ステリパワー（消毒液）の設置により、感染症の予防策を講じ、毎月感染予防の日を定め、利用者・職員共に施設内の清掃・消毒を行い意識向上に努めている。感染症が発生した場合の対応が適切に行えるように、おう吐物処理の実習を行っている。法人の看護業務検討委員会で、定期的に感染症のマニュアルについて見直しを行っている。</p>		
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> <p>法人共通の「災害時対応マニュアル」を整備し、対応体制を定めている。地震については耐震性を考慮した設計となっている。利用者の安否確認は南あわじ市の福祉課と連携して行う仕組みがあり、職員の安否確認は緊急連絡網で行う仕組み作りがある。消防計画を作成し、施設合同で毎月消防訓練を実施し消防署に報告している。28年度は警察署の協力で防犯訓練を実施した。</p>		

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> <p>計画相談事務の流れとして文書化している。相談員間で時系列や開始までの流れや利用者尊重・プライバシー保護についても理解し共有できている。相談員実務者研修に参加し新たに追加変更になった事柄等、相談員間で個別に伝達研修するようにしている。標準的な実施方法にもとづいた実施については、日々の申し送り（朝・夕）や相談員の「1日会議」時に確認している。</p>		
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 ・ Ⓑ ・ c
<p><コメント></p> <p>計画相談事務の流れの見直しを年1回実施している。法人のケア業務検討委員会でケア業務のマニュアルの見直しを年1回実施している。見直しは職員の意見を基に行い、不足しているマニュアルの追加も行っている。 事業所内でのマニュアルの見直しについて、経過や変更内容が分かるように改定記録や議事録に記載することが望まれる。</p>		
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的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	a ・ Ⓑ ・ c
<p><コメント></p> <p>個別支援計画策定の責任体制を、事務分掌に明記している。相談受付票と、相談支援専用ソフトにて利用者一人一人のアセスメントがなされている。サービス利用時にケア会議を実施し、利用者・家族とともに、各職員、必要に応じて看護師の意見を収集して課題分析を行っている。個別支援計画に各利用者のニーズを明示している。各事業所からの報告により、計画通りにサービスが実施されているかを確認する仕組みがある。支援困難ケースについては、行政・他事業所と連携を取りながら対応し、支援経過記録に記録している。 多職種の職員が参加して、アセスメントから計画策定について検討した経過をケア会議の議事録に残されることが望まれる。</p>		
43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a ・ Ⓑ ・ c
<p><コメント></p> <p>半年に1回定期的に見直しを実施され、状態・環境の変化時に利用者の意向確認しながらケア会議を実施し見直ししている。評価や見直した内容を、月初めに行う「1日会議」で周知するようにしている。定期的・随時のモニタリングとサービス事業所からの報告を受け、必要時にはカンファレンスを開催し、計画の見直しを行っている。課題（サービスの質や量等）がある場合は、相談支援協議会等で報告している。 アセスメント→計画策定→モニタリング→評価→計画の見直しの流れを定めた、緊急時の見直しや会議の開催要項も含めた、マニュアルを整備することが望まれる。</p>		

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> <p>利用者の身体状況や生活状況は、アセスメント表・基本情報・専用ソフト使用により統一した用紙を用いて記録している。サービス利用時の状況・面接時の記録等、サービス実施記録が具体的に記録されている。記録は統一された記録用紙に統一された書き方で記述されている。月初めの「1日会議」や申し送り・職員会議等を定期的に行い、部門横断で情報共有を行っている。また、パソコンのネットワークシステムも活用して情報を共有している。</p>		
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> <p>法人で個人情報保護規定・文書規定を整備し、記録類についての規定を定めている。個人情報の不適正な利用や漏えいに対する対応も規定に明記されている。文書規定・事務分掌に、記録の管理責任者を明確化している。法人の新人研修の中で個人情報保護について職員に周知を図り、守秘義務の誓約書も提出している。利用開始時に、個人情報の取り扱いについて利用者・家族に説明を行い同意を得ている。</p>		

A 内容評価基準

A-1 支援の基本

	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を整備されている。	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

アセスメントで利用者個々のコミュニケーション能力を把握し、必要に応じて個別支援計画に採り入れて、意思疎通に取り組んでいる。意思伝達に制限のある利用者に対しては、筆談・集音器・カード等、個別のコミュニケーション手段を検討し、それに基づく支援を行っている。専門機関（クローバー）・看護師・医師とも連携を取りながら、意向の把握に努めている。

「障がい者福祉施設等における障がい者虐待防止と対応の手引き（厚労省発行）」をマニュアルとしている。法人の新人研修の人権研修、施設内のオリエンテーションと共に、施設内研修の年間計画にも採り入れ定期的に学ぶ機会を持っている。朝・夕の申し送りミーティングの、目標設定と振り返りの中で不適切な言動がないように検討し防止に努めている。

施設独自のマニュアルを作成し、万が一虐待が行われた場合に備えて、対応等も明記することが望まれる。

行動障害のある利用者に対して、職員規律の中に職員の心得として標準的な注意事項を明示している。モニタリング・サービス事業所等からの情報も含め、障害の特性に合わせた個別の対応を実施している。自傷他害等発生時には、連絡帳やケース記録への記載、インシデント・アクシデントレポートの作成を行なっている。行動障害の因果関係の分析に際しては専門機関（クローバー）に相談して対応し、服薬が必要な場合には医師や看護師の確認を行なっている。職員が原因の把握と適切な対応が出来るよう、担当者会議等で情報を共有するようにしている。

自傷、他害、物損などの危険な行為に対して、利用者の心身を傷つけずに対応するための指針の策定が望まれる。

A-2 日常生活支援

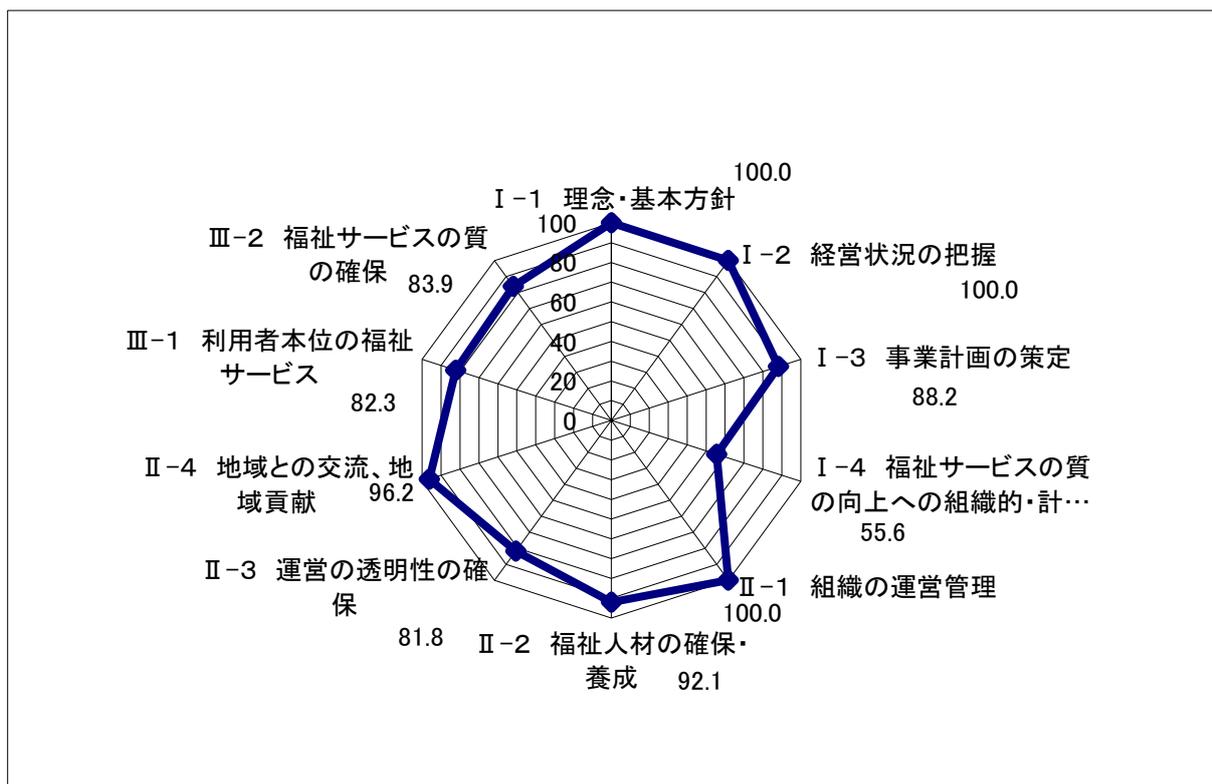
	第三者評価結果
A-2-(1) 食事	
A-2-(1)-① サービス実施計画に基づいた食事サービスを用意されている。	a ・ b ・ c
A-2-(1)-② 食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫している。	a ・ b ・ c
A-2-(1)-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	a ・ b ・ c
A-2-(5) 入浴	
A-2-(2)-① 入浴は、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。	a ・ b ・ c
A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a ・ b ・ c
A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場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

0

I～III 達成度

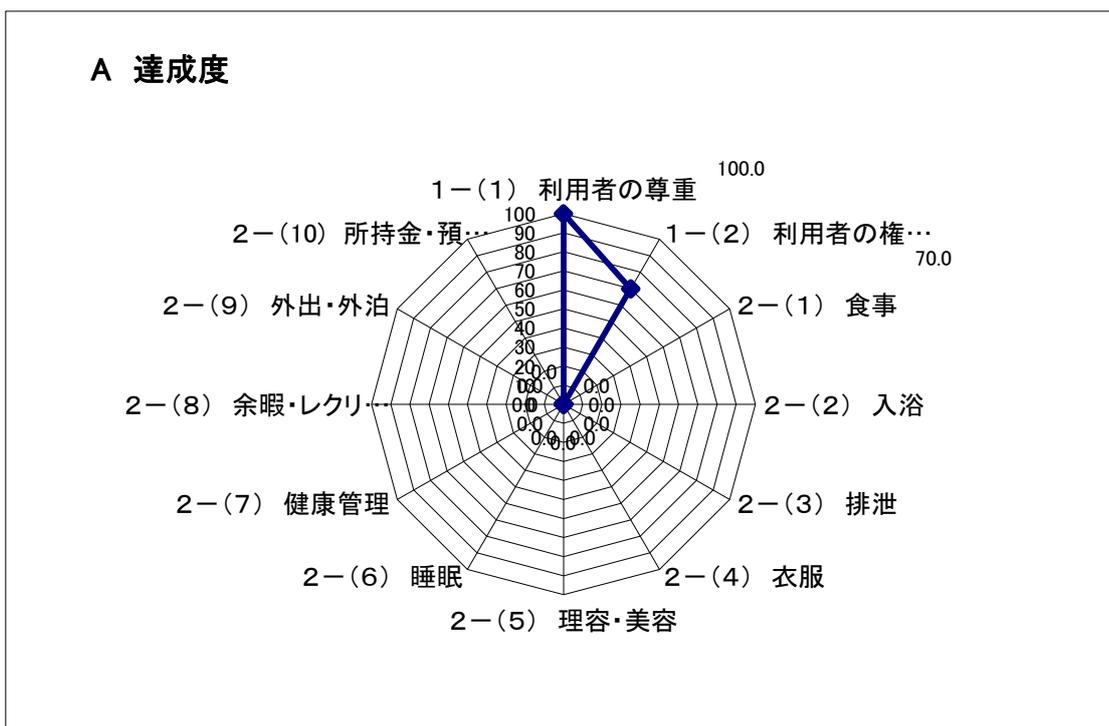
	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
I-1 理念・基本方針	6	6	100.0
I-2 経営状況の把握	8	8	100.0
I-3 事業計画の策定	17	15	88.2
I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組	9	5	55.6
II-1 組織の運営管理	17	17	100.0
II-2 福祉人材の確保・養成	38	35	92.1
II-3 運営の透明性の確保	11	9	81.8
II-4 地域との交流、地域貢献	26	25	96.2
III-1 利用者本位の福祉サービス	62	51	82.3
III-2 福祉サービスの質の確保	31	26	83.9



III-1-(2)-①-④、III-1-(5)-③-④ 非該当 対象項目数64⇒62

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	5	5	100.0
1-(2) 利用者の権利擁護	10	7	70.0
2-(1) 食事	12	0	0.0
2-(2) 入浴	8	0	0.0
2-(3) 排泄	10	0	0.0
2-(4) 衣服	6	0	0.0
2-(5) 理容・美容	5	0	0.0
2-(6) 睡眠	5	0	0.0
2-(7) 健康管理	14	0	0.0
2-(8) 余暇・レクリエーション	5	0	0.0
2-(9) 外出・外泊	7	0	0.0
2-(10) 所持金・預かり金の管理等	11	0	0.0



- A-1-(1)-②-①~⑤、A-1-(1)-③-①~③、A-1-(1)-④-①~④ 非該当 対象項目数17⇒5
- A-2-(1) 食事 非該当 対象項目数12⇒0
- A-2-(2) 入浴 非該当 対象項目数8⇒0
- A-2-(3) 排泄 非該当 対象項目数10⇒0
- A-2-(4) 衣服 非該当 対象項目数6⇒0
- A-2-(5) 理容・美容 非該当 対象項目数5⇒0
- A-2-(6) 睡眠 非該当 対象項目数5⇒0
- A-2-(7) 健康管理 非該当 対象項目数14⇒0
- A-2-(8) 余暇・レクリエーション 非該当 対象項目数5⇒0
- A-2-(9) 外出、外泊 非該当 対象項目数7⇒0
- A-2-(10) 所持金・預かり金の管理等 非該当 対象項目数11⇒0