

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 福祉市民ネット・川西
----------------------

② 施設・事業所情報

名称：ななくさ新生園		種別：障害者支援施設	
代表者氏名：船越信利		定員（利用人数）：	50 名
所在地：西宮市山口町下山口1650番地35			
TEL：078-903-1613		ホームページ： <a href="https://www.nanakusa.or.jp/facility/289/">https://www.nanakusa.or.jp/facility/289/</a>	
<b>【施設・事業所の概要】</b>			
開設年月日：平成5年4月1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：	34 名	非常勤職員：
			6 名
専門職員	(社会福祉士)	7 名	
	(介護福祉士)	16 名	
	(保育士)	6 名	
施設・設備の概要	(居室数)		(設備等)

③ 理念・基本方針

<p>ななくさ新生園は、利用者一人一人の人権を尊重し、豊かな生活を送るお手伝いをします。                  ななくさ新生園は、利用者一人一人が地域の一員として生活できるように開かれた施設づくりを行います。                  ななくさ新生園は、利用者一人一人が安心してお手伝いが受けれるような福祉の心を持った職員を育てます。</p>
---

④ 施設・事業所の特徴的な取組

<p>ご家族・診療所との連携を図りながら、一人ひとりの健康状態に配慮した日常生活の支援、及び基本的な生活習慣の確立に必要な支援・介護を行っています。また、機能回復訓練を積極的に取り入れた個々の活動と、音楽活動、療育的な活動を通じ、潤いある施設づくりを目指しています。</p>
---

## ⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和6年5月13日（契約日）～ 令和6年12月27日（評価結果確定日）
受審回数 （前回の受審時期）	3回（令和2年度）

## ⑥ 総評

## ◇特に評価の高い点

広域事業の特性を活かした、理念及び基本方針を実現するべく、中・長期計画に加え単年度計画が策定されている。阪神間、6市1町による公益的運営を担っている中で、それぞれの計画にかかわる進捗状況や達成度を確認しつつ、効率的な運営が営まれている。多岐にわたる項目の関連事項についても漏れなく確認作業がなされている。問題点は曖昧にせずスピード感をもって、改善につながる方策を実行しており、職員全体への情報共有が重視され個別の支援に即時反映される仕組みを構築している。効率化運営を実践しながらも、介護度の高い利用者や、困難事例に該当する利用者や知的障害のない利用者についても積極的に受け入れている。

園長・副園長は4月の法人内異動での着任であるが、理念・介護ビジョンを明確に共有している。専門的知識を持つ職員が多く在籍しており、それぞれの専門性を発揮し丁寧な支援につながっている。意思表示困難な利用者も相当数いるが、職員は一人一人に向き合い、時間をかけて利用者の言葉を引きだしたり、可能性を求め実現につなげることに苦心している。在籍職員層が厚く、中堅職員の育成も順調になされていることが見て取れる。以前より継続している新任時の手厚いOJTが、6か月と区切らず長くて1年、若しくはそれ以上もあるとのこと。この、長い目で見ての育成体制が充実していることが、他では類を見ない定着率に反映していると思われる。職員が安心して支援に取り組み、利用者には余裕をもって対応することができる環境が利用者・職員双方にとっての利益となっている。

園長の毎朝のラウンドは、利用者のみならず職員の安心感にもつながっている。利用者・職員すべてに声をかけ、様子を知ることによって時間をかけている成果が温かさを生み、施設の古さを凌駕している。大規模改修に向けしばらくは不自由が予想されるが、一丸となって取り組み、新施設での日常生活がスムーズに移行できることを願います。

## ◇改善を求められる点

- ・地域リーダーの役割として、専門性の高い職員の積極的な登用で、地域での出前講座の開講や勉強会を積極的に開いてはどうか？
- ・家族とのかかわりが希薄になっていることは否めないが、家族会などで関心をひきつけ足を運んでもらえる取り組みが望まれる。

## ⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

このたびは、当施設の運営や支援体制について貴重なご評価をいただき、誠にありがとうございます。利用者一人ひとりに寄り添った支援を実践できていることを評価いただき、大変励みになります。施設の大規模改修に向けた移行期間も一丸となって取り組んでまいります。

また、ご指摘いただいた改善点についても真摯に受け止め、家族会役員とも協議を重ね、次年度は総会を開催し情報共有の場を計画しております。利用者の皆様が安心して過ごせる施設づくりに努めるとともに、地域との連携を深め、より質の高い福祉サービスの提供に励んでまいります。引き続き、ご指導・ご支援のほどよろしくお願ひいたします。

## 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。

(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、基本方針は法人ホームページ並びに施設玄関に掲示されている。理念、基本方針を基に事業計画が策定されており、朝礼時に読み合わせを行っている。家族向けには1つのファイルにまとめ、常時閲覧できるよう施設玄関に常備している。一方で、家族会が開催されていないため、周知が完璧にできているとは言い難い。	

##### 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> 西宮市や兵庫県の福祉計画等の動向を注視している。西宮北部には、潜在的ニーズがあると考えており、アウトリーチ活動を実施している。地域の福祉計画の動向を把握し、中・長期経営計画に反映させている。	
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> 法人本部と連携を図り、内容によっては、法人全体で取り組んでおり、役員には理事会、職員には職員会議において伝達している。トップダウンで物事が進まないよう、職員への周知を徹底している。	

##### 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
<コメント> 中期経営計画は、理念や経営課題の分析を基に、方向性を示したものである。経営課題や問題点の解決・改善に向けたものであり、数値目標が記載されている。改修工事に向けて、資金計画を立て、明確なビジョンの基に職員一丸となって取り組んでいる。	

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>&lt;コメント&gt;                  単年度の事業計画は、実行可能な具体的な内容となっており、数値目標が記載されたものとなっている。相談支援事業においても、地域に向けて活動できるよう計画が策定されており、持続可能な事業が掲載されている。</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>&lt;コメント&gt;                  事業計画は、施設長を中心に職員等の参画や意見の集約・反映のもとで策定されている。次年度計画作成時は、当該年度の事業計画の進捗状況を確認して策定しており、より実現可能なものとなっている。</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>&lt;コメント&gt;                  事業計画の主な内容は、利用者や家族等に周知できるよう計画概要を策定し、掲示している。新型コロナウイルス感染症の影響により、家族会は開催できていないが、機関紙などを発行し、個別に説明を行うなど工夫している。</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>&lt;コメント&gt;                  業務改善担当者を定め、取り組んでいる。年度の後半頃にかけて自己評価を行っており、評価結果を基に、改善計画を策定し、目標を定め、取り組んでいる。</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>&lt;コメント&gt;                  職員の主観で自己評価を入力しないよう、供覧を行った上で、結果を入力している。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しており、支援に関する項目はa評価になることが多いが、課題の共有を実施している。</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。	Ⓐ・b・c
<コメント> 施設長は年度初めの職員会議にて職責、経営方針と取り組み責任者について周知している。有事における役割についても、防災計画やBCPに記載があり、明確になっている。		
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。	Ⓐ・b・c
<コメント> 施設長は、西宮市や兵庫県の集団指導説明会に参加し、法令遵守に関する学びを深めている。職員に対しては、遵守すべき法令等を職員会議や供覧などで周知しており、議事録や書類として記録を残している。		
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。	Ⓐ・b・c
<コメント> 施設長は、実施する福祉サービスの質の現状について、定期的に把握するため、ラウンドを実施している。また、職員会議などで、サービスの質の向上に対する取り組みを確認している。福祉サービスの質の向上について、年間研修計画を作成し、必要な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効性を高める取組に指導力を発揮している。	Ⓐ・b・c
<コメント> 毎月、経営会議を開催し経営状況を分析しながら、入居率97%以上を目指して取り組んでいる。また、火曜調整会議を実施し、週間での進捗管理を行い、人事、労務、財務の観点からも、課題の改善に向けて取り組んでいる。		

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。	Ⓐ・b・c
<コメント> 法人本部主導の基、計画にもとづいた人材の確保や育成が実施されている。基本的な考え方については、「職員人材育成計画」「中期経営計画」に記載されている。福祉サービスの提供に関わる専門職を育成すべく、入職後は、計画的に研修受講や資格取得を進めている。		

15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	(a)・b・c
<p>&lt;コメント&gt;  「職員人材育成計画」に期待する職員像、人事基準が記載されて職員に公開されており、人事考課制度の基になっている。面談や対話研修を通じて、職員の専門性や職務遂行能力、職務に関する成果や貢献度等を評価し、給与にも反映している。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt;  施設長、副施設長を中心に労務管理を行っている。休暇取得状況、超過勤務について、毎月分析を行い、課題となる事例には個別の対策を実施している。職員ヒアリングなどから、ワーク・ライフ・バランスに配慮した取り組みが出来ていることが確認できた。</p>		
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>&lt;コメント&gt;  期待する職員像は「職員人材育成計画」に明記しており、組織として、職員一人ひとりの目標管理のための仕組みが構築されている。書類確認などから、各研修についても、目標や目的を明確にし、取り組んでいることが確認できた。</p>		
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>&lt;コメント&gt;  法人本部が「職員人材育成計画」を作成し、各キャリアステージに応じた習得すべき資質・能力を明確にしている。施設独自の教育や研修もあり、定期的に計画の評価と見直しを行っている。</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>&lt;コメント&gt;  個別の職員の知識、技術水準、専門資格の取得状況について、法人本部と共有を図りながら把握に努めている。新任職員には半年以上のOJTを行い、職員全体でフォローする体制が構築されている。階層別、テーマ別に年間研修計画を作成し、全職員が参加できるよう個人ごとの研修履歴の記録を行っており、十分な研修環境が整っている。</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>&lt;コメント&gt;  「実習生受け入れマニュアル」が策定されており、専門職の教育・育成に関する基本姿勢を明文化している。定期的に保育士実習の受入を行っており、特性に配慮したプログラムを用意している。社会福祉士実習指導者も在籍しているため、保育士実習だけでなく、社会福祉士実習についても手を広げてみてはどうか。</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。	㉠・b・c
<コメント> 法人、福祉施設・事業所の理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算情報については、法人のホームページに掲載されている。また、第三者評価結果についても、ホームページに掲載している。地域に対しては、ななくさ通信を発行し、運営・事業について知ってもらうための取り組みを行っている。		
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。	㉠・b・c
<コメント> 経理、取引等に関するルール、職務分掌と権限・責任等について、規定・規則として明確になっている。定期的に内部監査を行い、結果を法人内で共有している。監査法人による監査についても、定期的に実施しており、指摘事項にもとづいて、経営改善を実施している。		

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。	㉠・b・c
<コメント> 北部会を通じて事業所間の交流会が実施されている。地域・住民とのつながりは強い。老人会や認知症カフェへの協力もしており、地域で開催される「ぼっちゃ大会」にも参加している。レクリエーションケースや意思確認カードが用意されており、利用者本人の意思確認することを大切にしている。		
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。	㉠・b・c
<コメント> トライやるウイークの受け入れの用意はあるが、応募者がいないことが継続している。法人OBによる「南京玉すだれ」の実演や、音楽ボランティアは継続して受け入れている。職員による、小学校でのキッズサポーター養成講座の開催を行った。障がい者とのふれあい企画など、宝塚医療大学との連携が、今後も予定されている。		
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。	㉠・b・c
<コメント> 法人としての「ハートフルエリアななくさ」に、各施設のトピックスが紹介されており、「親亡き後の生活」などもテーマにあがっている。社会資源のリストを作成しており、利用者向けには、イメージしやすいように写真やイラストを用いた資料が作成されている。ななくさ通信として厚生院の移転を別紙紹介している。		

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 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。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>全国的な取り組みとしては、地域相談事業所として、職員の研修なども積極的に行っている。事前オリエンテーションなど、勉強会や防災の取り組みを行い、そのプラス効果は大きい。</p>		
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。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>西宮市北部地域の活動の一環で、「ほっとかへんネット」の活動が、活発に行われている。子どもから高齢者まで、横のつながりが法人をつなぐ取り組みとなっている。連絡網が整備されている。避難訓練は施設間連携、協力体制が整えられている。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>理念・基本方針・運営理念・倫理綱領・行動規範・虐待の防止・職員の心がけが記載された「職員必携」を全職員に配布し、職員は常に携帯している。朝礼時には読み合わせを実施している。支援マニュアルには細やかな記載がされ支援に反映できている。OJTで6か月～1年をかけた指導を行っている。利用者の基本的人権への配慮は、全職員対象の権利擁護・医務研修等が実施されている。グループワークを通じ権利擁護や接遇について話し合い、基本的人権への配慮等の共通理解を深める取り組みが行われている。「利用者満足度アンケート」「職員セルフチェックリスト」は定期的に実施されているが、内容の更新はされていない。</p>		
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービスが行われている。	Ⓐ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「障害者虐待防止と対応の手引き」や「職員セルフチェックシート」の原本を確認した。利用者個人のプライバシー保護の確保は難しいが、保護者等との面会時は相談室等を使用してプライバシーの保護に努めている。機関紙に、ななくさ新生園での取り組みが掲載されている。障がい特性による破壊行為などのため、トイレ扉がカーテンで代用されている。今後はオーダーメイドのプライバシーが求められる。</p>		
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>&lt;コメント&gt;</p> <p>ホームページでは、法人の全体像が掲載されている。さわやかなカラーで事業内容・定員など、多岐にわたる内容が見やすく掲載されている。玄関付近の事業紹介の資料とともに、新施設のイメージ写真の掲示がされている。施設の利用希望に対しては、施設見学を随時実施しており、日中の一時支援や短期入所等を活用して、段階的に入所できるような取り組みを実施している。利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を丁寧に説明できている。地域移行希望に該当する利用者への対応も実施しており、利用者の意思確認をしながら丁寧に取り組んでいる。市からの要請にも対応できている。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービス開始時は相談員が丁寧に時間をかけて締結している。家族の不安や質問にも対応できている。家族の不安はゴールがどこになるのかや、退所該当の例などを質問されることが多い。意思決定困難な利用者へは、写真やイラストなどを活用することで、その意思を少しでも汲み取る努力がなされている。</p>		

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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;                  利用希望者に対して、福祉サービス選択に必要な情報を、丁寧に説明している。地域移行希望に該当する利用者への対応も実施しており、利用者の意思確認をしながら丁寧に取り組んでいる。市からの要請にも対応している。サービス終了時の説明は行っている。手渡す書面については現在作成中である。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;                  利用者満足度アンケートや、給食検討委員会が、定期的実施されており、必要に応じて集計・分析・評価されている。年に1度の栄養士による嗜好調査も、実施されている。給食検討委員会で、利用者の要望を直接聞いている。献立に関する検討会やグルメデイには利用者の意見を反映して外食に行ったり、デリバリー食を楽しんでいる。意思疎通困難な重度の知的障がい有する利用者に対しては、個別に聴き取りを行っている。</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・㉒・c
<p>&lt;コメント&gt;                  苦情解決責任者の設置・第三者委員の設置等、苦情解決の体制が整備されている。文書も掲示しているが、障がい特性により理解困難な利用者への配布はできていない。玄関に「でんしょばと」と称した意見箱を設置しているが、過去、利用はほとんどなされていない。家族との電話のやり取りや面会時に直接対話することが多く、意見はしっかり聞き取れている。苦情や相談については、ケース記録への記載や支援会議にて職員全体で周知、検討している。苦情があった場合は、事業報告書にて、プライバシーに配慮して、公表する対応をしている。苦情相談があった場合は、主任会や全体支援会議にて、検討を行うようにしている。利用者本人からの相談として、糖尿病食への不満の訴えがあった際に、医師への相談にて病状確認し、食生活の改善が認められた事例がある。QOLの大いなる向上が見られた。苦情内容や解決策についてはホームページ等での公表はされていない。</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>&lt;コメント&gt; 意見箱の「でんしょばと」を利用者や家族の目につきやすい場所に設置しているが、利用はほとんどされていない。面会時に、担当職員等が家族の意見・要望等を聞き取るよう努めている。話の内容に応じて、面会室等の個室スペースなどを利用することでプライバシー保護を配慮している。自閉症スペクトラムを有する利用者については、話し言葉によるコミュニケーションではなく、書面や写真・イラスト等で意思疎通が図られている。</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>&lt;コメント&gt; 各担当職員が、利用者から話しかけられた場合は立ち止まり・相談しやすいように適切な空間にて、相談対応をするようにしている。意見箱の「でんしょばと」を設置し、意見を募っているが利用はほとんどされていない。職員に直接話しかけて意見を伝えることが多い。利用者から受けた意見・相談については、支援日記に記録し、支援会議やミーティングの際に職員が情報共有出来る体制が整っている。常に迅速に対応できるよう心がけている。意見・要望について、支援会議等で検討することでサービスの質の向上に繋げている。</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>&lt;コメント&gt; 事故防止委員会で責任者が明確化されている。事故発生時は「事故対応のフローチャート」「事項報告・再発防止策」「行方不明者捜索」「誤嚥」「転倒・転落事項防止マニュアル」「緊急対応時のマニュアル」が整備されている。利用者の安心と安全を脅かす事例収集についても「ヒヤリ・ハット」で収集分析を行っているが、毎月の発生要因の分析について、どうして、どうなったかについての記録が十分ではない。事例に関しては、事故防止委員会にて協議をするとともに、毎月の支援会議にて、再発防止策を検討・見直しが実施されている。職員の強度行動障害支援者研修の受講を推進し事故を未然に防げるよう取り組んでいる。事故防止委員会や支援会議で発生した事例について、どのように改善するか検討されている。また、検討した取り組みが改善できているか、支援会議・事故防止委員会にて評価・見直しをしている。</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>&lt;コメント&gt; 感染症対策への、管理体制が整備されている。感染症対マニュアルが作成されており、支援会議での周知が図られている。6月にコロナ発生があったが、スムーズな対応ができ終息した。その後、動線の変更などを行った。毎年、年間計画が立てられており、医務研修は全職員対象に実施されている。感染症予防対策については、管理職・主任・看護師・支援員（健康係）が検討して、支援会議にて職員に繰り返し周知している。感染症が発生した場合は対応マニュアルに沿って、管理職・主任・看護師・支援員（健康係）で対応の調整を行い、適切に対応できたまた常に、管理職・主任・看護師・支援員（健康係）で対応マニュアルの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 行っている。	①・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>災害対策本部運営事項及び災害対策計画に基づき「災害対策計画書」が作成されている。火災・土砂災害等と立地条件を考慮して、避難訓練等を実施している。災害時における職員緊急連絡網が整備され、更新されている。災害時の利用者の安否確認については、避難訓練時等にて周知している。災害備蓄品等の備蓄は、備品一覧表にて管理している。給食センターを有しているため、食に関する不安はない。市からの備品も申請のうえで確保している。災害時の対応体制は、敷地内の他施設と連携が取れるような関係性が確保されている。利用者の安全確保を第一として組織的に取り組んでいる。</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
<コメント> 支援マニュアル（標準的な実施方法）に、サービスの手順が文章化されている。支援会議や火曜調整会にて、職員への周知を図っている。障がいの差による利用者への理解には、必要に応じて、視覚的に確認できる書類を作成する等、職員が統一した支援が提供できるように工夫・改善に努めている。		
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。	㉠・b・c
<コメント> 障がいの差による、コミュニケーションを取りづらい利用者に対して、サービスの提供方法や支援内容について、意見の聞き取りができるよう取り組みを実施している。年度末には検証・見直しをしている。また、実施の際、利用者にも提供方法や支援内容がどうだったかを、職員が聞き取りを行えるように、意識改革を図りながら取り組んでいる。		
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。	㉠・b・c
<コメント> 個別支援計画策定の責任者は管理職として、統一した様式にてアセスメントを実施している。アセスメントを実施する際、看護師・作業療法士・相談員等多職種の参加があり協議を行い情報共有を行っている。利用者個人の意向や思いを反映できるように、本人・保護者から要望等を聞き取りながら、ニーズに近づけられるような個別支援計画作成を心がけている。日々のサービスの提供状況は、ケース記録に記載されており、内容についてのモニタリング等を実施して評価・見直す体制を構築している。更新の際は、多職種とも話し合う場を設けている。支援困難ケースについては随時検討しつつ、迅速にまた、積極的、かつ適切なサービスが提供できるように取り組んでいる。		
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。	㉠・b・c
<コメント> 今年度から、モニタリングは3か月ごととなった。アセスメントについては年1回以上と設定されているが、利用者の状態変化に伴う見直しは必須であり、評価・見直しを実施している。定期的に支援会議での支援計画の見直しや検討を行い、利用者個人の現状に合わせた支援・サービスが提供できるように取り組んでいる。見直し・検討した支援内容については支援会議報告書や引継ぎノートに記載して、職員に周知徹底している。支援計画を変更する場合には、架電や面会時等を活用して、説明・同意を得た上での変更となっている。ケース記録には、詳細な支援計画の進捗状況等が記載されている。		

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>&lt;コメント&gt;</p> <p>介護ソフトで日々の支援内容が支援日誌に入力され、データ記録として残している。支援計画に基づいた内容や成果の進捗状況は、毎月ケース記録に記載してまとめている。記録についてはどの職員でも確認することができる。支援日誌やケース記録の内容については、主任・管理職もすべて確認しており、情報共有がなされている。記録内容や書き方などで気になる点があれば、指導を行い、職員間での差異が生じないように留意している。支援会議等でも、書き方や記録についての内容の確認や指導を実施している。支援会議等の実施の際に情報の伝達・見直しが必要な検討事項等を話し合い、職員間での情報の共有を図っている。即日対応が必要な事例については引継ぎノートや視覚的に確認できる書面を作成するなどして、情報の共有とともに統一した支援ができるようにしている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>入所時の契約締結時には、ななくさ新生園・運営規定により、個人情報の保護・保管等を含めた取り扱いについての説明を行っている。個人情報の取り扱いについては、支援会議の際や研修等を通しての周知徹底を図っている。研修報告書も記録として保管している。記録の管理責任者は管理職としており、個人情報の取り扱いについて保護者・実習生・ボランティア等の各個人に説明を行っている。個人情報の保護に関しては、書面にて署名・捺印を得たうえで、同意を得ている。職員は私用のスマートフォン使用は禁止されている。</p>		

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・c

特記事項

<p>① 利用者の自己決定を尊重し、意思の疎通がとれる利用者については、担当職員がヒアリングを行いながら、生活において必要な衣服や日用品等を購入している。理美容については、2業者から選択して、実施することができる。また、嗜好品についても、お菓子の購入支援なども行っており、利用者の意思と希望や個性を尊重した支援がなされている。</p> <p>② 利用者の権利擁護について、規程・マニュアル等が整備されている。身体拘束や権利擁護や虐待についての研修・グループワークを職員会議内で実施しており、成果物として報告書を作成している。やむを得ない場合に一時的に実施する身体的拘束について、必要な手順を踏んだ後、職員会議において、身体的拘束を介助するための支援の在り方について検討するよう努めている。</p>
--

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)・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

<p>③ 利用者の心身の状況、生活習慣や望む生活等をデータで分析するため、記録を丁寧に入力している。自律・自立生活のための動機づけとして、排泄や入浴・食事等自身で行うことのできる利用者には、見守り支援を行っている。</p> <p>④ 利用者の心身の状況に応じて、一人一人にあった伝達方法（単語・イラスト・視覚化等）を用いて、コミュニケーションを図っている。職員は真摯に利用者に向き合いコミュニケーションを図っている。</p>
--

- ⑤ 「話したいことがある」と自身で言語化できる利用者については、個別に時間を設定している。また、自身で言語化できない利用者についても、コミュニケーションボードなどを用いて意思の疎通を図っている。相談内容についてサービス管理責任者等と共有している。
- ⑥ 診療所への実習や洗濯班、給食センターでの実習など個別活動等利用者様状況や能力に合った活動を提供している。また、のじぎくスポーツ大会への参加など、利用者の年齢や身体機能に応じて、スポーツ活動にも参加している。利用者ヒアリングなどから、意向にもとづく余暇やレクリエーションが適切に提供されていることが確認できた。
- ⑦ 職員は障がいに関する専門知識を習得するため、入職後は、強度行動障害支援研修などを受講している。また、法人内の障がい者施設と合同で研修を実施しており、知識や専門性の共有を行っている。職員ヒアリングなどから日々、職員会議や業務日誌等で利用者の行動や生活の状況を把握し、職員間で支援方法の検討・共有を行っていることが確認できた。
- ⑧ 食事は利用者の嗜好を考慮し、肉や魚をバランス良く提供している。「グルメデイ」を定期的設定し、利用者の意見を反映させたものを提供している。利用者の嚥下能力等を考慮し、食事形態の見直しを定期的に行っている。入浴や排泄について、利用者の状況を考慮し、シャワーチェアの利用、オムツを使用している利用者もトイレに座わる時間を設けるなど、個別に支援を行っている。
- ⑨ 利用者の居室や日中活動の場等は、安心・安全に配慮されており、個人ごとに合わせたレイアウトとなっている。スポーツ新聞や雑誌を取っている利用者もおり、思い思いに過ごせるよう支援を行っている。今後、改修工事を行い、さらに居室や食堂等も、利用者が過ごしやすい温かな雰囲気の居場所になる予定である。
- ⑩ 週に1回作業療法士が来園し、助言や指導のもとに機能回復訓練を実施し、継続的に取り組んでいる。3か月に一度モニタリングを行っており、その時々状況に応じた支援計画が策定されている。日常から、生活訓練が実施できるよう、専用ルームを設け、担当職員を中心にプログラムを考え取り組んでいる。
- ⑪ 看護師の指示のもとに利用者の身体状況を確認している。怪我や皮膚状態の確認とともに利用者の排便・排尿状況を確認し、水分摂取量の調節を行っている。てんかん発作などで病状悪化がみられる場合の入浴には柔軟に対応している。看護師は診療所と連携しながら内科・精神科・歯科の通院を定期的に行い、利用者の健康維持に努めている。
- ⑫ 利用者の状況を定期的に医師に報告している。敷地内に診療所が併設されているので医師・看護師の迅速な対応がある。薬は各フロアの事務所の、鍵のかかる場所に保管されている。看護師が利用者の薬を確認し配薬している。服薬には細心の注意を払っている。事故は少ないが落葉事故はゼロではない。糖尿病に罹患している利用者に対しては看護師と情報共有・連携することで食事内容の調整も行っている。
- ⑬ 利用者が社会参加を希望した際には、各関連機関との連絡・調整を重ねながら、学習や社会参加の機会につながるよう調整している。外泊希望に関しても、利用者と家族の状況や意見を尊重し、細かな日程の調整に努めている。
- ⑭ 利用者が社会参加を希望した際には、各関連機関との連絡・調整を重ねながら、学習や社会参加の機会につながるよう調整している。B型支援事業所やグループホームなどの様々な関連施設との調整も丁寧に対応できている。外泊希望に関しては、利用者と家族の状況や意見を尊重し、細かな調整に努めている。利用の身体状況も影響してくるため無理のないよう調整するようにしている。
- ⑮ 家族に電話連絡をする際には、利用者にも電話に同席するかどうかを尋ねている。利用者本人の

意向を尊重するようにしている。面会が難しい家族に対しては、定期的に利用者の詳細な様子を電話連絡にて伝えるようにしている。

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。	a・b・c

特記事項

非該当

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

非該当