

兵庫県福祉サービス第三者評価
評価結果報告書

施設名 ： い き い き 宝 夢

(施設入所支援・生活介護事業)

評価実施期間 2024 年 6 月 4 日 ～ 2025 年 9 月 24 日

実地（訪問）調査日 2024 年 10 月 15 日

2025 年 9 月 24 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：いきいき宝夢		種別：施設入所支援、生活介護事業所		
代表者氏名：谷口 篤		定員（利用人数）：	40名	
所在地：〒 665－0812 兵庫県宝塚市口谷東3丁目30番				
TEL：0797－89 - 8780		ホームページ： http://www.sazankafukushi.org/		
【施設・事業所の概要】				
開設年月日：1999年4月1日				
経営法人・設置主体（法人名）：社会福祉法人 宝塚さざんか福祉会				
職員数	常勤職員：	19名	非常勤職員：	6名
専門職員	管理者	1名	看護師	2（2）名
	サービス管理責任者	1名	栄養士	1名
	生活支援員	15名	事務員	1名
	介助員	4（4）名		
施設・設備の概要	居室	44室	集会室	1室
	食堂	4室	浴室	2室
	作業室	1室	ユニットバス	2室
	相談室	1室	トイレ	12室
	医務室	1室	洗面所	4カ所

③理念・基本方針

1. 利用者一人一人が落ち着き、安心できる時間や生活の中での楽しみごとを提供していきます。
2. 専門性のある支援が提供できるように会議で学びの機会を持ちます。
3. 地域住民や地域の多様な団体と積極的に交流の機会を設けます。

④施設・事業所の特徴的な取組

・月～金曜日の午前中に日中活動（作業、ウォーキング、ドライブ等）を提供。 ※歯磨き粉の販売活動、空き缶回収、販売活動、個人情報紙のシュレッダー ・四季を感じる行事（夏祭り、ワークプラザと合同の地域まつり、クリスマス会等） ・グループでの日帰り旅行 ・土、日曜日、祝日は利用者個々の買い物等の外出、余暇活動の提供 ・毎日の入浴 ・利用者の症状に合わせたの通院支援、 ・往診（内科、心療内科、歯科）の提供 ・年2階の健康診断

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 6年 6月 4日（契約日）～ 令和 7年 9月 24日（評価結果確定日）
受審回数 （前回の受審時期）	3回（令和 元年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点 ○ 法人理念の実現に向け、法人の行動計画（中・長期計画）を踏まえた年度事業計画を具体的に策定され、計画的な組織運営に取り組まれています。 行動計画策定委員会のもとで、事業経営をとりまく環境と経営状況を的確に把握・分析され「第2期法人行動計画（令和2年度～令和6年度）」が策定されています。また、毎月の行動計画策定委員会で実施状況の評価や見直しが行われ、現在、第3期法人行動計画（5か年計画）の策定に取り組まれています。年度事業計画では具体的に、「基本方針、重点課題、目標達成のための対応やとりくみ」が、数値目標や具体的な成果などを掲げられるとともに、計画的な事業運営や管理体制として、法人内の各種会議やプロジェクト、委員会が、多岐にわたる問題点の解決・改善に向けた具体的な取り組みがうかがえ、計画的な組織運営に取り組まれています。 ○ 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取り組みが構築されています。 リスクマネジメントに関する検証・改善委員会が設置されて、危機管理マニュアルを整備し、ヒヤリハットや事故報告書を通して発生原因の分析がなされ、改善していく仕組みが構築されています。また、職員会議にてK Y T研修や車両K Y T研修（K→危険 Y→予知 T→トレーニング）が行われ、事故防止策などの安全確保策の実施状況や実効性については、毎月の検証・改善委員会で評価・見直しが行われ、安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取り組みが構築されています。 ○ 障害により明確な意思表示が困難な場合にも本人の強みをアセスメントから見出し、幅広い利用者の特性に応じた支援を組み立てています。 利用者を尊重した福祉サービス提供の基本姿勢が法人理念、法人倫理綱領、職員行動規範などに明示されており、出来るだけ多岐に亘った作業や活動の獲得を心掛け、労働または健康体力維持増進、余暇に沿ったメニューを用意し、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、ABA（応用行動分析）の研修や冰山モデルのケースなどについて研修を実施し、障害に関する専門知識の習得と支援の向上を図るとともに、障害特性に合わせて日常生活場面で選択の機会を設けたり、絵カードや写真、現物を用いる視覚支援等のコミュニケーションの工夫が行われなど、利用者の特性に応じた支援を組み立てています。

◇改善を求められる点

- **福祉サービスの質の向上に向けた取り組みを組織として構築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取り組みとして、毎月の職員会議や感染症対策委員会、非常災害対策委員会などで、サービスの質の向上に関する取り組みを検討され、毎月のフロア長会議で日中活動などの評価もなされていますが、自己評価の仕組みが構築されていません。今後は、福祉サービスの質の向上に向けた評価基準にもとづいて、毎年自己評価を行うとともに、振り返りや検討会議を行う仕組みの構築と第三者評価や自己評価などで明らかになった課題に対して、職員の参画のもとで改善策や改善計画を策定し、実施状況の評価を行うとともに、必要に応じて改善計画の見直しを行う仕組みが重要です。
- **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。**
定期的に虐待防止や権利侵害の委員会を開催するとともに、権利擁護に関する議論の場として作業部会を設置す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、意思決定支援や利用者のエンパワメントの推進など、利用者の権利を高めていく取り組みは具体的ではありません。今後は、障害者権利条約の批准をはじめ、障害者差別解消法や意思決定支援ガイドラインなどの理解とともに、利用者のエンパワメント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。
- **利用者の重度化や高齢化にともなう支援が増えてくることが予測されるため、医療的ケア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。**
利用者一人ひとりに対する支援等をまとめ、利用者の個別支援を行う手順を明確にされています。一方で福祉サービスの標準的な支援マニュアルは整備に向けて取り組まれています。利用者の重度化や高齢化にともなう支援についての具体化には至っていません。今後は、医療的ケアや生活環境の整備について明確にすることにより、施設として利用者の重度化や高齢化に向けた支援を確立していくことが重要です。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

事業計画の策定、運営については評価が高かったので今後、より把握に努め改善に向けて取り組んでいきたい。
福祉サービスの質の向上に向けた取り組みは、評価が低く自己評価の仕組みが構築できていない状況なので職員が主体的に参画できるよう改善に向けて取り組んでいきたい。

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〉 ○ 法人理念が、ホームページやパンフレット、広報誌（SasanQua通信）に明文化され、基本方針が事業計画に記載されています。また、2022年12月度の広報誌（SasanQua通信）にて法人理念の解釈を掲載され、年度初めの職員会議などで周知、共有が図られています。 ○ 今後は、法人理念や基本方針について、わかりやすく説明した資料を作成するなど、利用者や家族への周知の工夫を図るとともに、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。	b
〈コメント〉 ○ 法人全体の経営会議（週1回）や月2回の事業運営会議において、社会福祉事業全体の動向や地域の福祉計画の内容を検討されて、事業所経営をとりまく環境と経営状況の課題や問題点を的確に把握・分析されています。また、事業運営会議においては、利用者の推移や稼働率、福祉サービスのコスト分析などが行われています。 ○ 今後は、事業所においても地域（宝塚市）の福祉計画を参考に、地域の福祉課題を把握・分析していくことが望まれます。		
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
〈コメント〉 ○ 毎週の経営会議や毎月の行動計画策定委員会、月2回の事業運営会議において、事業経営をとりまく環境と経営状況から、具体的な課題や問題点が明確にされ、理事会などでも共有がなされています。また、経営状況や改善すべき課題については、毎月の職員会議などで職員にも周知が図られ、第2期法人行動計画や事業計画をもとに課題解決に向けて具体的な取り組みが進められています。		

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
〈コメント〉 ○ 第2期法人行動計画（令和2年度～令和6年度）に取り組み目標を明確にして、経営課題や問題点の解決・改善に向けた具体的な内容を策定されています。また、毎月の行動計画策定委員会で実施状況の評価や見直しが行われ、現在、第3期法人行動計画（5か年計画）の策定に取り組まれています。今後は、行動計画が5年間でまとめた計画となっているので、各年度の目標や目標達成スケジュールなど、さらに詳細な内容が期待されます。		
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。	a
〈コメント〉 ○ 第2期法人行動計画（中・長期計画）を踏まえた単年度の事業計画が策定されています。具体的には、「基本方針、重点課題、目標達成のための対応やとりくみ」が、数値目標や具体的な成果などが設定されて、実施状況の評価を行える内容となっています。今後は、単年度事業計画の実施状況の評価が半期又は4半期で行われるよう、スケジュール化していくことが期待されます。		
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。	a
〈コメント〉 ○ 事業計画の策定は、フロア長会議で職員の意見が集約され、職員参画のもとで策定されています。また、事業計画の説明や実施状況の確認は、毎月の職員会議などで周知されるとともに、半期で計画の見直しが行われています。今後は、事業計画の策定や実施状況の把握や評価・見直しについて、スケジュールを明文化されることが期待されます。		
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〉 ○ 事業計画の主な内容（行事など）を、5月の利用者の集まりで説明され、毎月の保護者会で「取り組みのまとめ」として報告されています。 ○ 今後は、事業計画の主な内容を分かりやすく説明した資料を作成するなど、さらに利用者・家族がより理解しやすいような工夫（ビジュアル化など）が期待されます。		

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〉 ○ 毎月の職員会議や感染症対策委員会、非常災害対策委員会などで、サービスの質の向上に関する取り組みを検討されています。また、毎月のフロア長会議で日中活動などの評価もなされています。 ○ 今後は、定められた評価基準にもとづいて、年に1回以上自己評価を行うとともに、評価結果を分析・検討する場（会議など）を明確にすることが望まれます。		

9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り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。	c
〈コメント〉 ○ 毎月の職員会議やフロア長会議などで、サービスの質の向上に関する取り組みについては検討されていますが、評価結果にもとづいて具体的な改善策を実施するまでには至っていません。 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や評価結果から明確な課題（文書化）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必要です。		

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。	b
<コメント> ○ 管理者（所長）は、毎月の職員会議などで事業所の経営・管理に関する方針や取り組みについて説明され、「職務分掌及び業務分担」で自らの役割と責任を含む職員の役割を明確にされています。 ○ 今後は、広報誌（SasanQua通信）やホームページなどに、管理者（所長）として事業に取り組む考え（役割と責任など）について表明されるとともに、平常時や有事（災害、事故など）における管理者（所長）の役割と責任について、不在時の権限委任などを含め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。	b
<コメント> ○ 管理者は遵守すべき法令を十分に理解されて、利害関係者との適正な関係が保持されています。また、法令遵守の観点から「衛生推進者、防火管理者」などの研修や兵庫県知的障害者施設協会の研修にも参加されています。 ○ 今後は、障害福祉分野に限らず、雇用・労働や防災、施設周辺の環境などについての法令を把握し、職員に対して遵守すべき法令などを周知していくことが望まれます。		
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。	b
<コメント> ○ 管理者は、毎月のフロア長会議の中で課題を把握し、具体的な取り組みについて指導力を発揮されています。また、福祉サービスの質の向上について、外部研修への参加、施設内での研修を実施しながら充実を図っておられます。 ○ 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を通して、評価結果からサービスの質について、定期的に把握・分析していくことが望まれます。		
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、経営の改善や業務の実効性の向上について、月2回の事業運営会議において、利用者の推移や稼働率、福祉サービスのコスト分析などを行い、入浴支援時の人員配置、夜勤者が仮眠や業務をしやすいよう人員配置や職員の働きやすい環境整備に取り組まれています。また、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、毎月のフロア長会議や検証・改善委員会に積極的に参画して、職員の意識改革に努められています。		

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。	b
〈コメント〉 ○ 福祉人材の確保と育成に関する方針が「法人職員研修方針」に明文化されています。また、福祉サービスの提供に関わる専門職（有資格の職員）の配置など、必要な福祉人材や人員体制について「勤務形態一覧表」で確認できます。効果的な福祉人材確保として、ホームページに採用情報の掲載や就職説明会への参加などを実施されています。 ○ 今後は、専門職（有資格の職員）の配置など、必要な人材や人員体制に関する具体的な計画（人事プランなど）の策定が期待されます。		
15	Ⅱ－２－(１)－② 総合的な人事管理が行われている。	a
〈コメント〉 ○ 法人理念や法人職員研修方針に「期待される職員像」を明確にされ、キャリアアップ制度やトータル人事システム（人事考課など）にもとづいて、年に２回の面談を通して貢献度の評価が行われています。また、月２回の事業運営会議で時間外労働時間数の評価、分析が行われ、処遇改善に取り組まれています。さらに、総合的な人事管理に向けて、「キャリアアッププロジェクト」を新たに設置されて、トータル人事システム（人事制度）の精査に取り組まれています。		
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。	b
〈コメント〉 ○ 職員の就業状況や労務管理の状況などを把握し、安全衛生管理体制を継続して働きやすい職場づくりや「こころとからだの健康」について、「マモリナメンタルヘルスホットライン（Web・電話）」の開設が行われています。また、ホームページに「育児・介護のための主な制度」や「一般事業主行動計画」などを公開されて、ワーク・ライフ・バランスに配慮された取り組みが行われています。 ○ 今後は、検討された改善策などが、具体的な計画（人事プラン）に反映されていることが期待されます。		
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。	a
〈コメント〉 ○ 「期待する職員像」をキャリアアップ制度の中で定義付けされ、トータル人事システム（人事制度）にもとづいて、毎年、３月～４月にかけて職員一人ひとりに対して目標を設定されて、８月～９月にかけて中間面談を実施し、１２月～１月にかけて総合面談を実施し、目標達成度の確認が行われています。		

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
〈コメント〉 ○ 法人理念や法人職員研修方針に「期待される職員像」を明確にされ、「法人職員研修方針」の中で、組織が職員に必要とされる専門技術や専門資格を明示され、年間研修計画にもとづく研修が行われています。また、「人材確保・育成・定着プロジェクト」において、定期的に計画の評価と見直しを行うとともに、研修内容やカリキュラムの評価と見直しが行われています。		
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〉 ○ 職員の知識、技術水準、専門資格の取得状況などは、中間面談、期末の総合面談の中で把握され、「法人職員研修方針」にもとづいて、「OJT研修（職務を通じた研修）」や「キャリア別研修」が行われています。また、「OJT担当会議」において、研修は勤務表に組み込まれ、内部・外部研修の目的を明確にするとともに、研修への参加を促されています。		
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。	b
〈コメント〉 ○ 「人材確保・育成・定着プロジェクト」において、実習受け入れに関する取り組みが検討されています。実習指導計画書や実習指導要領にもとづき、指導資格者が学校と連携して、保育士や社会福祉士の実習生を受入れられています。 ○ 今後は、実習生受入れのための基本姿勢の明文化やマニュアルの作成、施設独自の実習プログラムの作成など、実習生受入れ体制の充実が望まれます。		

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〉 ○ ホームページに法人理念や事業所の基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算情報及び第三者評価結果、処遇改善加算情報、一般事業主行動計画などが公開されています。また、「法人の取り組みとSDGs（持続可能な開発目標）との関連について」も公開され、存在意義や役割を明確にされています。広報誌『SasanQua通信』は利用者・家族や関係機関・地域などにも配布されています。 ○ 今後は、第三者評価の受審結果、苦情・相談の体制や内容にもとづく改善・対応の状況についても公表が望まれます。		
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
〈コメント〉 ○ 事務、経理、取引などに関するルールや組織における役割・責任などを「職務分掌及び業務分担」により職員全員に周知されています。また、年2回、監事監査（内部監査）が行われ、年1回の外部の専門家（公認会計士など）による監査支援を通して、監査の結果や指摘事項について職員にも共有されて、経営改善が図られています。		

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。	b
〈コメント〉 ○ 地域との関わり方についての基本的な考え方が「法人理念」や「事業計画」などに明文化されています。地域交流では、長尾地区まちづくり協議会による地域のパトロール活動「ふれあいけいさつ」や利用者と職員が参加する「長尾バリアフリーサロン」に参加するなど積極的な地域交流が行われています。また、週末に個々の利用者のニーズに応じて、地域における社会資源を利用するよう推奨されています。 ○ 今後は、利用者が地域の行事や活動などに参加できる情報や社会資源について、利用者が理解しやすいような工夫をして掲示又は配布していくことが望まれます。		
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。	b
〈コメント〉 ○ 学校教育への協力については、地域生活支援会議に参加し、小学校の社会見学など学校との連携、協力に取り組まれています。 ○ 今後は、ボランティアの受入れや地域の学校などへの協力に対して、地域社会と施設をつなぐ柱として位置付けるなどの基本姿勢が明文化されるとともに、「ボランティア受け入れマニュアル」の整備や受け入れ体制の構築も必要です。		
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。	b
〈コメント〉 ○ 関係機関などとの連携では、地域生活支援会議や地域ネットワーク会議に参加し、ひきこもりや発達障害などで困っている子どもに対しての支援に向けて取り組まれています。 ○ 今後は、利用者へのサービスに必要な機関や団体、社会資源をリスト化し、職員間で情報の共有を図るなどの取り組みが望まれます。		
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〉 ○ 長尾地区まちづくり協議会や地域生活支援会の会議に参加し、地域と福祉と教育の連携について、現状の生活課題など福祉ニーズの把握に努められています。今後は、実施する事業の関係機関・団体などとの連携や地域や住民との交流を通じて、さらなる地域の福祉ニーズなどの把握が期待されます。		

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。	b
〈コメント〉 ○ 地域生活支援会議において、地域内の駄菓子屋や学校との会議に参加され、法人内の事業所での「地域のサロン」に赴き、パッククッキングや防災の講話などが行われていますが、地域の福祉ニーズにもとづく積極的な地域貢献や公益的な事業・活動には至っていません。 ○ 今後は、長尾地区自治会との連携を図っていくとともに、地域貢献や公益的な事業・活動の計画的な取り組みが望まれます。		

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
＜コメント＞ ○ 利用者を尊重した福祉サービス提供の基本姿勢が法人理念、法人倫理綱領、職員行動規範などに明示されており、定期的に職員会議において説明と確認、周知が行われています。 ○ 今後は、サービス提供についての基本姿勢が標準的な実施方法に反映され、利用者の尊重や基本的人権への配慮について、定期的にチェックする仕組み（セルフチェック）づくりが望まれます。		
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
＜コメント＞ ○ 法人虐待対応マニュアル、法人虐待防止対応マニュアルを整備し、職員間での理解と周知を図るとともに、一人ひとりに個室を提供し、エアコン設備やフロア内に浴室やトイレを設置するなど、プライバシーの配慮した設備を整えています。 ○ 今後は、利用者のプライバシー保護について、規程・マニュアルなどを整備し、施設の会議や保護者会などで周知する取り組みが望まれます。		
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
＜コメント＞ ○ 利用希望者について、短期入所・日中一時支援事業枠を活用し、体験の機会を確保するとともに、法人パンフレット・さざんか通信の配布をし、ホームページに行事の様子を掲載し、説明時に活用されています。 ○ 今後は、利用希望者が福祉サービス選択に必要な情報を得やすいよう、タブレットなどを利用しわかりやすく説明する工夫が望まれます。		
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＞ ○ 福祉サービスの開始・変更にあたり、必要書類の説明をInstagramやホームページの画像を活用して丁寧な説明をされており、利用者の自己決定を尊重し、同意を得ていることがうかがえます。 ○ 今後は、利用者や家族等がさらに理解しやすいような工夫や配慮を進めていくとともに、意思決定が困難な利用者へのルール化を図っていくことが望まれます。		

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。	b
〈コメント〉 ○ 契約終了時には、移行先の施設のスタッフに面接してもらい、簡易なスケジュールを作成して、支援の内容について情報提供が行われ、サービスの継続性に配慮していることがうかがえます。 ○ 今後は、退所後に相談できる窓口や担当者などを明文化するとともに、退所時の引き継ぎ手順や様式を明確にしていくことが望まれます。		
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〉 ○ 利用者や家族の意見の集約については、毎月の保護者会や対面面会時に利用者も出席し、家族からの意見と合わせて聴取できるようにされています。しかし、検討会議の実施までには至っていません。 ○ 今後は、利用者満足に関する調査（アンケートなど）を年1回以上実施し、把握、分析された結果を利用者・家族の参加のもとで検討され、福祉サービスの質の向上に結びつける取り組みが望まれます。		
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。	b
〈コメント〉 ○ 苦情解決の体制を重要事項説明書に明記されて、利用者・家族などに説明や配布がされています。また、苦情等の受付時は「苦情受付電話対応シート」に記録され、対応策などをフィードバックされています。苦情相談内容での取り組み事例として、入浴支援の方法や対面面接の要求、外出の緩和などの改善事例がうかがえました。 ○ 今後は、苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した資料を掲示や配布するとともに、改善結果などを苦情を申し出た利用者・家族などに配慮したうえで、広報誌『SasanQua通信』やホームページなどに公表されることが望まれます。		
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。	b
〈コメント〉 ○ 相談をしやすい、意見を述べやすいスペースとして、空居室や静養室などを活用して、プライバシーに配慮した環境を整備されています。 ○ 今後は、利用者が相談したり意見を述べたりする際に、複数の方法や相手（事業所内、事業所外、専門的な相談先など）が確保され、自由に選べることをわかりやすく説明した文書を作成して、掲示や配布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。	b
＜コメント＞ ○ 日々の福祉サービスの提供において、利用者が相談や意見を述べやすいように配慮され、玄関に意見箱の設置をされていますが、組織として利用者からの相談や意見を聞き取る仕組みには至っていません。 ○ 今後は、相談や意見を受けた際の「記録の方法や報告の手順、対応策の検討など」について定めた「相談対応マニュアルなど」を整備するとともに、定期的な見直しが望めます。		
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。	a
＜コメント＞ ○ リスクマネジメントに関する責任者は所長が担い、検証・改善委員会が設置されて、危機管理マニュアルを整備し、ヒヤリハットや事故報告書を通して発生原因の分析がなされ、改善していく仕組みが構築されています。また、職員会議にてＫＹＴ研修や車両ＫＹＴ研修（Ｋ→危険 Ｙ→予知 Ｔ→トレーニング）が行われ、事故防止策などの安全確保策の実施状況や実効性については、毎月の検証・改善委員会で評価・見直しが行われています。		
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。	a
＜コメント＞ ○ 感染症対策の管理体制では、「感染症対策委員会」の設置や感染症に関するマニュアルが整備され、予防策や発生時の対応が行われています。また、感染症に関するＢＣＰ（業務継続計画）も「ＢＣＰに関する委員会」が設置されて策定されています。毎月の職員会議においてガウンテクニックの研修も行われ、対応マニュアルやＢＣＰ（業務継続計画）の見直しなどは各委員会で行われていることがうかがえました。		
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＞ ○ 災害時の対応体制が「非常災害対策委員会」や「BCPに関する委員会」で検討されて整備されています。また、立地条件などから災害の影響を把握し、自然災害でのＢＣＰ（業務継続計画）を策定されて、利用者及び職員の安否確認の方法や食料や備品類などの備蓄リストを作成し、定期的な委員会の開催や職員への情報共有がうかがえます。 ○ 今後は、消防計画やＢＣＰ（業務継続計画）に基づいて、災害時に向けて定期的な避難訓練を実施するとともに、利用者及び職員の安否確認などを法人や地域とも連携した取り組みにしていくことが望めます。		

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〉 ○ 提供する福祉サービスについて、事業所運営規定、各種業務マニュアルを作成し、標準的な実施方法を文書化しています。また、各種業務マニュアルについては毎月のフロア会議にて、個々の細かな話し合いがされ、必要に応じて見直しされていることが確認できました。 ○ 今後は、標準的な実施方法の周知や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〉 ○ 標準的な実施方法の見直しについては、毎月のフロア会議にて、必要に応じて見直しされていることが確認できましたが、手順書等の文書化されたものは確認できませんでした。 ○ 今後は、標準的な実施方法(マニュアル等)の見直しについて、手順や方法を明確にしておくことが必要です。		
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〉 ○ 利用者の窓口担当者とサービス管理責任者が中心となり、法人共通のアセスメントシート、医務や栄養面でのアセスメントシート等により、アセスメントが実施されています。また、支援検討会議にて利用者に関わる関係職員と支援内容について合議を行い、支援計画を策定しています。 ○ 今後は、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お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。	b
〈コメント〉 ○ 個別支援計画の見直しについては、毎月フロア会議にて支援について確認し、6ヵ月に1回のモニタリングを経て、本人・ご家族へ説明を行ない、了承を得て、個別支援計画の評価・見直しを行っていることが確認できました。 ○ 今後は、利用者の意向確認や標準的な実施方法への反映など、個別支援計画を見直す仕組みについて、明確にしておくことが望まれます。		

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。	b
〈コメント〉 ○ 記録は統一された書式で記録されています。グループウェアを利用し利用者の状況をすぐに記録することで職員が利用者の状況を把握しやすい取り組みが行われています。また、用語の統一、文章の表現の仕方など、個々の書類に応じて記載例が作成されています。 ○ 今後は、個別支援計画にもとづいた記録の充実を図るとともに、情報の分別や必要な情報が的確に届くような仕組みづくりが望まれます。		
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〉 ○ 契約書、重要事項説明書に守秘義務、情報の保存、個人情報使用について明文化し、利用者に周知し、同意を得ています。 ○ 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規定するなど、記録の管理が適切に行われる仕組みづくりが必要です。		

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

- 障害により明確な意思表示が困難な場合にも本人の強みをアセスメントから見出し、個別支援計画に反映し、個々の利用者に必要な合理的配慮を明確にしています。
- 権利擁護に関する議論の場として作業部会を設置し、人権侵害や意思決定に関することの価値、倫理観を身に着けるよう学習が行われています。
- 権利侵害に関するマニュアルはありますが、権利擁護に関する規程マニュアルは確認できませんでした。今後は、権利擁護に関する規程やマニュアルを整備し、具体的な取り組みを利用者に周知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
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。	a
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。	a
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。	非該当
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

- ABA（応用行動分析）の手法に基づき、利用者の心身の状況、生活習慣や望む生活等を理解し、一人ひとりの自律・自立に配慮した個別支援が行われています。
- 日常生活場面で選択の機会を設けたり、絵カードや写真、現物を用いる視覚支援等のコミュニケーションの工夫が行われています。
- 日中活動においては、労働または健康体力維持増進、余暇に沿ったメニューを準備し、利用者の意向にもとづく活動が行われています。
- ABA（応用行動分析）の研修や冰山モデルのケースなどについて研修を実施し、障害に関する専門知識の習得と支援の向上を図られています。
- 利用者の重度化、高齢化に伴い、地域の介護保険サービス事業者と交流を行い、技術的アドバイスを受け、支援が行われています。
- 利用者の居室は個室として、それぞれが安心できるよう個々にインテリアコーディネートが行われています。
- 作業療法士、音楽療法士、理学療法士によるセラピーを導入し、連携しながら個別支援計画に反映し、機能訓練、生活訓練が行われています。
- 日中活動で健康維持のプログラムとしてウォーキングやエアロバイクなどを利用して体を動かす取り組みを行っています。
- 地域移行を希望している利用者への支援は法人内の資源を利用したり関係機関と協力して就労の場を説明、見学する等の支援が行われています。
- 家族支援として、行政手続きや成年後見制度の利用について話を進めたりケースやマイナンバーカードの手続きをしたケースなどの事例が確認できました。
- 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、医療的ケア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、利用者の見守り支援や意思決定について、具体的な取り組みを標準化し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		
A⑩	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		
A⑪	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
A⑫	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
A⑬	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

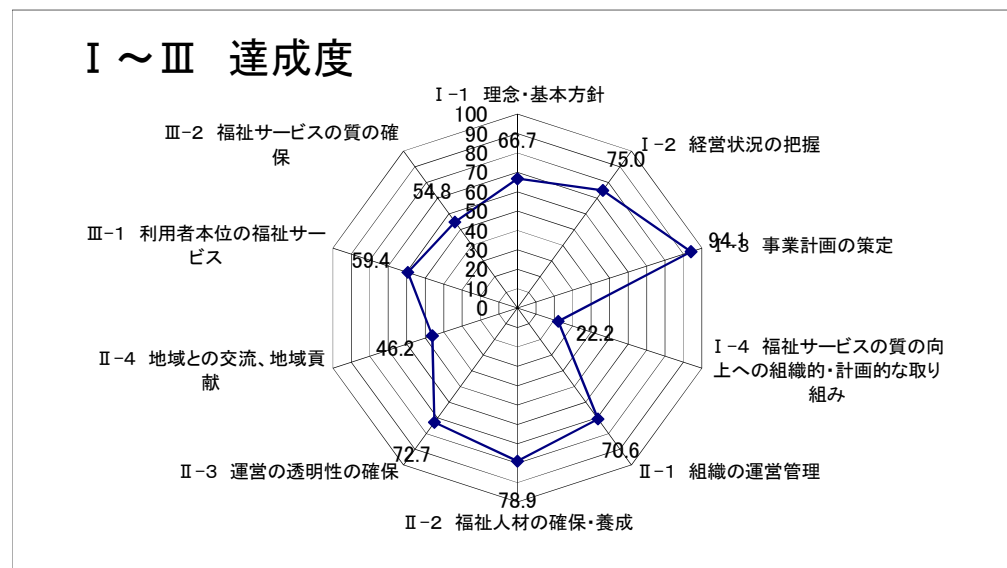
--

(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	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	2	22.2
II-1 組織の運営管理	17	12	70.6
II-2 福祉人材の確保・養成	38	30	78.9
II-3 運営の透明性の確保	11	8	72.7
II-4 地域との交流、地域貢献	26	12	46.2
III-1 利用者本位の福祉サービス	64	38	59.4
III-2 福祉サービスの質の確保	31	17	54.8
	227	145	63.9



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	3	50.0
1－(2) 権利侵害の防止等	6	5	83.3
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	5	100.0
2－(4) 機能訓練・生活訓練	5	3	60.0
2－(5) 健康管理・医療的な支援	7	4	57.1
2－(6) 社会参加、学習支援	4	1	25.0
2－(7) 地域生活への移行と地域生活の支援	5	3	60.0
2－(8) 家族等との連携・交流と家族支援	6	3	50.0
	75	50	66.7
	302	195	64.6

A 達成度

