

兵庫県福祉サービス第三者評価
評価結果報告書

施設名 : オレンジ西宮

(障害者支援施設)

評価実施期間 2022年4月14日 ~ 2022年10月31日

実地(訪問)調査日 2022年7月19日

評価決定委員会開催日 2022年9月20日

2022年10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：オレンジ西宮	種別：障害者支援施設		
代表者氏名：竹内 一史	定員（利用人数）： 52（50）		名
所在地：〒651-1411 兵庫県西宮市山口町名来 1076-1			
TEL：078-904-2777	ホームページ： http://orange-group-swc.com/orange_nishinomiya/		
【施設・事業所の概要】			
開設年月日：平成18年8月1日			
経営法人・設置主体（法人名）：社会福祉法人 恵愛園			
職員数	常勤職員： 28 名	非常勤職員： 13 名	
専門職員 ※（ ）はうち非常勤 職員を明示	施設長 1名	看護師 2名	
	サービス管理責任者 2名	栄養士 1名	
	生活支援員 33（13）名		
施設・設備の 概要	1人部屋（洗面台あり） 5室	リビング 3か所	
	2人部屋（洗面台あり） 26室	共用トイレ 8か所	
	医務室 1室	浴室（特浴・一般浴） 3室	

③理念・基本方針

法人理念

～大切な人を預けたい～
そう想える場所を創造します。

恵愛園の誓い

- ・利用者様の立場を尊重し、満足されるケアに努めます。
- ・いつも明るく笑顔をもって利用者様に接します。
- ・人との出会いを大切にし、共に歩める事に感謝します。

オレンジ西宮の3つのモットー

- ①「安心」：安心できるサポートを心がけ、安全面に配慮した居室・設備を備え、利用者の皆さんが安心して生活を送れるようにしています。
- ②「まごころ」：支援員は日々、介護能力の向上に努めていますが、その基本は利用者様との心が通じ合う「まごころ」だと考えています。
- ③「笑顔」：まごころが通じ合えば「笑顔」が生まれるはずです。家族と離れて生活する入所者の皆さんの精神面の負担は大きく、日々の笑顔こそ良薬だと信じています。

④施設・事業所の特徴的な取組

3障害（身体・知的・精神）、重度、高齢等、区別なく幅広い受入れ体制があります。食事や入浴など日常生活に不自由のないよう万全の態勢でお迎えます。徒歩圏内に共同生活援助（グループホーム）も運営しています。

入浴：夏は週3回、冬は週2回、各階にそれぞれ浴室を備え、個々の身体状況に合わせて安全で快適な入浴を楽しめます。

食事：それぞれの利用者にあった食事形態で提供します。行事の際には普段の食事とは異なり、より楽しんで食事をして頂けるように、季節や行事に合った食事を提供しています。

医療・看護：日中看護師が入所者の健康管理などにあたっています。また、医師が月2回の診察時に適切な健康面をチェックします。非常勤理学療法士（PT）によるリハビリテーションを週1～2回程度行い、また週1回の訪問歯科による治療・口腔ケアも実施しています。「ドクターメイト」という医療相談サービスを利用しており、日中のオンライン医療相談、夜間のオンコール相談を利用し、職員が安心して確実にご利用者の急な容体の変化等に対応できるようにしています。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	2022年 4月 14日（契約日）～ 2022年 10月 31日（評価結果確定日）
受審回数 （前回の受審時期）	初回（平成 年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

- **経営課題を明確にした具体的な取り組みや経営の改善や業務の実行性を高める取り組みに指導力を発揮されています。**
法人役員が参加する経営検討会議や各施設の施設長が集まる施設長会議が毎月実施され、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、経営計画（2021年度～2024年度）や事業計画（法人・各事業所）が策定されています。施設長は、経営の改善や業務の実効性について、総務部門と連携して人事、労務について、人材管理、勤怠管理システムの導入、財務などは経営検討会議の「資金収支の状況」や「発生費用の状況」の確認を通じて日常的に改善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行われています。**
「事故防止委員会（リスクマネジメント）」が整備されて、事故発生時の対応やヒヤリハット（事例収集）の対応を、定期的に事故防止委員会で発生要因の分析や対策が検討されています。感染症対策の管理体制として「感染症予防対策委員会」が設置されて、予防と発生時の対応について「感染症予防対策マニュアル」により実施されて、新型コロナウイルス感染症対策などは、行政の通知にもとづき徹底した対応がされています。

- **利用者の特性等をまとめた一覧表により、利用者の障害特性に応じた多様な支援が行われています。**

利用者一人ひとりに対する特性等をまとめた一覧表が策定され、利用者の支援を行う手順を明確にし、日常生活支援において、利用者の既往症、心身の状況、体調に合わせて、食事、入浴、排せつ等の工夫が行われ支援にあたっています。また、障害の状況に合わせて、栄養マネジメントやリハビリ計画、生活支援計画書を作成し、介護を中心とする生活支援をベースに医療的な支援からリハビリ、栄養マネジメントやクラブ活動などの余暇支援、グループホームへの移行など、利用者の障害の状況に応じた多様な支援を展開されています。

◇改善を求められる点

- **地域との交流や関係機関との連携によって、地域の福祉向上や地域貢献が期待されます。**

利用者と地域の人々との交流は、地域と事業所の相互交流を促進するという意味からも、事業所が地域社会の一員としての社会的役割を果たすとともに、利用者の地域での活動参加や交流機会などの取り組みが望まれます。また、福祉施設・事業所として利用者に必要な社会資源を明確にし、関係機関などとの連携や事業所が有する機能（専門性や特性など）を活かした相談支援事業や多目的スペースなどを地域に開放・提供するなど様々な取り組みで地域貢献が望まれます。

- **プライバシーをはじめ利用者を尊重する取り組みなど利用者本位のサービスの具体化が必要です。**

利用者を尊重したサービス提供について、法人の理念・基本方針に基づいて、「倫理要領」を示され、利用者の権利擁護に配慮した支援は行われていますが、プライバシー、権利擁護、利用者の満足度や意向確認など、利用者本位の取り組みとしての位置づけが明確ではありません。今後は、利用者の尊重や基本的人権への配慮についての研修の実施やマニュアルの整備により、現在取り組んでおられる支援について、利用者本位の視点から整理され、具体化していくことが必要です。

- **提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が明確ではありません。**

利用者一人ひとりに対する特性等をまとめた一覧表が策定され、利用者の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。支援の明文化やマニュアルの活用には至っていません。今後は、整備された支援マニュアルや支援計画、ケース記録の関連性や活用方法を整理することにより、施設としてスタンダードな支援を明確に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

・第三者評価を受審して、施設の強みと弱みがはっきりしました。強みの部分は今後も大事に伸ばしていき、弱みの部分を改善していきたいと思えます。
サービスの質の向上、安全の確保、利用者の満足、職員の働きやすさ、地域交流などよりよい施設づくりに向けて改善すべき点に少しずつでも取り組みたいと思えます。

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

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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 法人理念（基本理念）がホームページ・パンフレットなどに記載され、また、事業所の基本理念や運営方針（3つのモットー）が事業計画書に記載されています。基本理念は事業所の使命や目指す方向性、運営方針は理念との整合性のある具体的な内容となっています。事業所内にも掲示され、各種委員会（身体拘束・安全衛生・事故防止・感染症・褥瘡・給食など）や研修などで周知が図られていることがうかがえます。 ○ 今後は、基本理念や運営方針（基本方針）が、利用者や家族が理解できる具体的な内容で明示するなどの工夫（動画やイラストなど）周知が望まれます。 		

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。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 社会福祉事業全体の動向や利用者の推移やコストに関する分析などが、法人の役員や各施設の施設長が集まり、毎月1回開催される施設長会議で情報共有されていることがうかがえます。施設長会議の2週間前に、サービス管理責任者と副施設長・施設長で構成される、「サービス管理責任者会議」で、施設長会議で話し合われる内容を精査する会議が待たれています。 ○ 今後は、地域（西宮市）の「障害者福祉計画など」の策定動向や内容を把握・分析して、利用者数・利用者像・福祉サービスのニーズ・潜在的利用者に関するデータを収集するなどが望まれます。 		
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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 法人役員が参加する経営検討会議が毎月実施され、経営状況や課題が検討されています。また、毎月1回開催される法人の役員や各施設の施設長が集まる施設長会議でも、経営状況や経営課題について検討されています。経営検討会議や施設長会議の内容などは、サービス管理者責任者会議や各種委員会などで周知されていることがうかがえます。 ○ 今後は、さらに課題に向けた具体的な取り組みを明確にしていくことが期待されます。 		

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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 基本理念や基本方針の実現に向けた法人の「経営計画（2021年度～2024年度）」が策定され、「自分の仕事と仲間に誇りを持つことができる職場環境づくりに努めます（笑顔）」とビジョンが掲げられています。また、5つの視点、重点実施項目、実行計画、評価指標、目標値、スケジュールなどが具体的に策定されています。 ○ 今後は、法人の経営計画に沿った事業所の「中・長期計画」の策定が行われ、年度ごとの評価・見直しが期待されます。 		
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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 法人の「経営計画（2021年度～2024年度）」や年度事業計画にもとづき、事業所の「単年度事業計画」が策定されています。また、「単年度事業計画」は毎月のサービス管理責任者会議で月次の進捗状況の確認がなされています。 ○ 今後は、単年度の事業計画は、年度の終了時に実施状況の評価が行える内容で、数値化などできる限り定量的な分析が可能であることが望まれます。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 事業計画の策定時は各種委員会などから意見を収集し、それらを基に課題や問題点の解決に向けた計画が立てられています。 ○ 今後は、事業計画（中・長期計画と単年度計画）の策定にあたり、事業計画の実施状況の評価と見直しの時期・手順を明確にしていくことや、職員の参画のもとで意見の集約（アンケートなど）・反映の仕組みを構築し、事業計画を職員に周知し、理解を深めていくことが望まれます。 		
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。	c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 事業計画の利用者や家族への周知には至っていません。また、利用者会や家族会も構築されていません。2か月に1回のイベントの開催を計画し、写真やイラストを用いた「オレンジだより（おたより）」を用いて、掲示や毎月家族へ実績報告は行われています。 ○ 今後は、利用者などへの周知については、事業計画の主な内容を簡潔にまとめたものを作成して、意図が共に理解されることが求められます。 		

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> ○ 福祉サービスの質の向上に向けた取り組みとして、各種委員会で実施状況の評価や改善に向けた話し合いが行われて、課題の共有が図られていることがうかがえます。 ○ 今後は、福祉サービスの内容について評価基準を定めて、毎年1回以上の自己評価を行うとともに、定期的（5年に1度以上）に第三者評価などを受審し、評価を行った後の結果や内容について分析し、検討する仕組みの整備が望まれます。		
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> ○ 福祉サービスの質の向上に向けた取り組みとして、各種委員会で実施状況の評価や改善に向けた話し合いが行われ、課題の共有が図られていることがうかがえます。 ○ 今後は、今回の第三者評価結果や自己評価による課題について、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の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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 施設長は、事業計画書、事業報告書、朝礼メッセージ、サービス管理責任者会議などで事業所の経営・管理に関する方針と取り組みを明確にするとともに、広報誌「オレンジだより」の「施設長のひとりごと」コラム欄で自らの役割と責任や方針を表明されています。また、職務分掌規定が作成され、自らの役割や責任などを会議や研修時に周知がなされていることがうかがえます。 ○ 今後は、平常時のみならず、有事（災害、事故など）を含め施設長の役割と責任について、不在時の権限委任などの明文化が望まれます。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 施設長は、法人経理規定に定められたルールに則り、利害関係者との適正な関係を保持されています。法令などの研修はオンラインによる集団指導に参加され、法人本部からの法令の改正についての通知をもとに各種の法令について把握されています。また、判断に迷う時や知識不足の時は、役員又は顧問会計士などに相談されています。遵守すべき法令については、必要に応じて職員にも周知されていることがうかがえます。 ○ 今後は、福祉分野に限らず、消費者契約法や消費者関連法令、さらには雇用・労働や防災、施設周辺環境など、遵守すべき法令について、明確に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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 施設長は、福祉サービスの質の現状や課題について、各種委員会に委員長として毎回参加して、実施状況の評価や改善に向けて指導力を発揮されています。また、年2回の個人面接時や勉強会でも福祉サービスの質の向上について具体的にリーダーシップを発揮されています。 ○ 今後は、福祉サービスの内容について評価基準を定めて、毎年自己評価を行うとともに、施設長自らも福祉サービスの質について年1回以上の自己評価が望まれます。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 施設長は、経営の改善や業務の実効性について、総務部門と連携して人事、労務について、人材管理、勤怠管理システムの導入、財務などは経営検討会議の「資金収支の状況」や「発生費用の状況」の確認を通じて日常的に改善に取り組まれています。施設長会議では人員配置に関する内容や稼働率などの確認、検討が行われていることがうかがえます。また、職場環境整備については人間関係などの状況確認が行われ、安全衛生委員会やサービス管理責任者会議などを通じて、具体的に改善に取り組まれています。 		

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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 必要な福祉人材の確保・定着などに関する基本的な考え方は、法人や事業所の事業計画に示されています。また、正規職員の採用・育成・人事管理は法人で一元管理されています。福祉人材確保や育成の積極的な取り組みとして、海外からの技能実習生の活用が行われています。 ○ 今後は、採用や人事管理について、法人一元管理で実施されている場合でも、事業所に関する必要な福祉人材の具体的な計画（専門職・有資格職員配置など人事プラン）の策定を基に、法人と一体的に行われることが望まれます。 		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 「期待する職員像等」としては「職員心得」として位置づけられていますが、明確な定義づけがされていません。年2回人事考課規定により職務遂行能力や成果・貢献度などが評価されています。職員処遇の水準については、法人の「経営検討会議」で処遇改善が検討されていることがうかがえます。 ○ 今後は、「期待する職員像（人材像の定義など）を明確にして、キャリアパスの構築に取り組み、職員が自ら将来の姿を描くことができる総合的な仕組みづくりが課題です。 		
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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 労務管理は、施設長が中心となって総務部門と連携しながら職員の就業状況や意向把握などの責任体制が明確化されています。勤怠管理ソフトを導入し、職員の時間外労働時間、有給休暇取得状況などを一元管理できるようにされています。西宮市の共済に加入し福利厚生や働きやすい、ワーク・ライフ・バランスにも配慮した勤務体制に努められています。 ○ 今後は、次世代育成支援対策推進法にもとづく事業主行動計画の策定や、改正育児休業法への適切な対応などが制度として確立し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。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 「期待する職員像等」としては「職員心得」として位置づけられ、職員ごとの人事考課表の中で目標の設定がされています。 ○ 今後は、「期待する職員像（人材像の定義など）」を明確にした、職員一人ひとりの目標管理（目標項目、目標水準、目標期限など）が人事考課と併せて仕組みとして構築されることが望まれます。 		

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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 「期待する職員像等」としては「職員心得」として位置づけられ、年間研修計画は各種委員会で策定されて実施されています。研修計画や研修内容などの評価・見直しは、毎年2月に行なう予定となっています。 ○ 今後は、「期待する職員像（人材像の定義など）」を明確にした、組織が必要とする職員の知識・技術や専門資格について、具体的な目標が明記され、整合性が確保された体系的な研修計画を策定していくことが望まれます。 		
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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 新任職員についてのOJT（職務を通じた研修）などは実施されています。また、外部研修を職員年1回程度受講できるように推奨されています。外部研修を受講した内容を研修報告書ファイルに綴り、伝達研修資料として保管されています。 ○ 今後は、職員一人ひとりの知識、技術水準、専門資格の取得状況などが把握されて、階層別研修、職種別研修、テーマ別研修などの機会を確保し、職員の職務や水準に応じた教育・研修を実施されることが望まれます。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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「実習生受け入れマニュアル」が整備されています。コロナ禍の影響もあり実習生の受け入れはされていません。 ○ 今後は、福祉の人材を育成することや専門職の研修・育成への協力は、事業所の社会的責務の一つとして、組織としての基本姿勢を明確にするとともに、その体制が整備され、効果的な実習の受入が行われることが望まれます。 		

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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 法人のホームページなどの活用により、法人理念（基本理念）や基本方針、福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、決算書や第三者評価の結果などが公表されています。また、利用者や家族に向けて広報誌「オレンジだより」を毎月配布されています。地域に向けては、法人ホームページでの公表はできていますが、広報誌などの配布はされていません。 ○ 今後は、運営の透明性を確保するための取り組みとして、法人のホームページなどに第三者評価の受審結果、苦情や相談内容に関する改善・対応の状況などの情報公表を積極的に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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 法人経理規定などにより、取引などに関するルールが明確に定められています。また、事務、経理、取引などに関する職務分掌規定に権限・責任が明確にされ、職員などに周知されています。必要に応じて外部の専門家（顧問会計士など）に相談や助言を得ています。定期的に法人本部や顧問会計士などによる内部監査が行われています。 ○ 今後は、透明性の確保のために5年に1回程度の外部監査を行うなどの取り組みが期待されます。 		

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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 以前は、定期的なボランティアの来所などがあり交流がありましたが、現在はコロナ禍の影響で地域との交流は自粛しています。買い物や通院などの個別支援の事例はうかがえました。 ○ 今後は、事業所が地域社会の一員としての社会的役割を明文化されるとともに、利用者の地域での活動参加や交流機会などの取り組みが期待されます。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 「ボランティア受け入れマニュアル」を整備して、コロナ禍までは「トライやるウィーク」などの受け入れができていましたが、現在はボランティアなどの受け入れを自粛しています。 ○ 今後は、ボランティア活動は、地域社会と事業所をつなぐ柱の一つとして位置づけ、学校教育などへの協力についても基本姿勢を明文化するとともに、コロナ禍の状況により受け入れ体制の整備が望まれます。 		
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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 関係機関・団体との連携では、みやっこ会議（西宮市地域自立支援協議会）の西宮市北部地域事業所合同説明会や三田市の特別支援学校の地域社会共生フェスティバル（事業所合同説明会）の参加が予定されています。 ○ 今後は、利用者の状況に対応できる社会資源リストや資料（具体的には、福祉事務所、児童相談所、保健所、公共職業安定所、病院、学校、地域内の他の事業所やボランティア団体、各種商業施設など）を作成して、職員間でも共有が図られることが望まれます。 		

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 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 以前は、福祉施設のスペースを活用して地域住民との交流を意図した取組をおこなっていましたが、現在は、コロナ禍の影響で地域との交流機会がありません。 ○ 今後は、事業所が有する機能（専門性や特性など）を活かした相談支援事業や講演会の開催など、様々な取組を通して、地域貢献を図っていくことが必要です。 		
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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ みやっこ会議（西宮市地域自立支援協議会）の西宮市北部地域事業所合同説明会や三田市の特別支援学校の地域社会共生フェスティバル（事業所合同説明会）の参加を通して、地域の福祉ニーズを把握しています。 ○ 今後は、社会福祉に関する知識と専門性をもとに、公益性を有する組織として、地域の具体的な福祉ニーズを把握し、地域の福祉ニーズにもとづいた取組を明確にして、取り組んでいくことが望まれます。 		

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> ○ 「倫理要領」が制定されており、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り組みが行われています。 ○ 今後は、利用者の尊重や基本的人権への配慮について、より組織的な取り組み（専門委員会や文書化など）が望まれます。		
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。	b
<コメント> ○ 定期的に虐待防止や身体拘束廃止の委員会を開催するとともに、プライバシー保護（個人情報保護）マニュアル、誓約書、退職時誓約書マニュアルなどが作成されており、職員に周知が図られています。 ○ 今後は、特にプライバシー保護について、研修や具体的な取り組みを明確に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。	b
<コメント> ○ 見学、体験利用などを通して利用希望者に福祉サービスの選択に必要な情報を積極的に提供していることがうかがえます。 ○ 今後は、公共の場にパンフレットを設置するとともに、動画を活用するなど、より多くの方に福祉サービスの情報を伝える取り組みが望まれます。		
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、利用者の自己決定を尊重した説明がされており、同意を得ていることがうかがえます。 ○ 今後は、利用者や家族等が理解しやすいような工夫や配慮が、事業所全体でルール化され、明文化し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> ○ サービス管理責任者が窓口になり、サービス終了後においても必要な相談等が行われていることがうかがえます。 ○ 今後は、福祉サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書を明確にしていくことで、利用者のアフターフォローの仕組みを構築していくことが望まれます。		

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。	c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 個別支援計画策定時は、利用者や家族の意向確認のための面談は行われていますが、サービスの満足度を把握することを目的とした仕組みや取り組みには至っていません。 ○ 今後は、利用者がどれだけ満足しているかという観点から、利用者満足を組織的に調査・把握し、福祉サービスの質の向上に結びつける仕組みを構築していくことが必要です。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 苦情解決体制が重要事項説明書に明記され、苦情に関する記録の整備と苦情に対するフィードバックが、利用者や家族に必ず行われています。苦情の結果にもとづいて、器具の改修を行うなど、サービスの質の向上に取り組んでいる事例がうかがえました。 ○ 今後は、事業所として苦情解決の取り組みを利用者保護の視点と同時に、福祉サービスの質の向上に向けた取り組みの一環として捉え、体制の整備や解決手順・結果を積極的に公表していくことが期待されます。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 重要事項説明書に苦情や相談の専用窓口について記載がされて、相談や意見を述べやすいスペースとして、1階事務所前に相談室などプライバシーに配慮した環境が整備されています。 ○ 今後は、利用者の相談や意見を述べたりする場合の手順や選択方法について、わかりやすく説明した文書やフローチャートなどを作成し、配布・掲示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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 相談や意見については、職員は傾聴に心がけ、サービス管理責任者や施設長が対応されています。また、過去にはリハビリ受診や移動支援など利用者の意見から改善された事例がうかがえました。 ○ 今後は、相談や意見を受けた際の記録方法や報告の手順、対応策の検討などについて定めた「相談・意見対応マニュアル」を整備するとともに、定期的な見直しが望まれます。 		
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。	a
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 「事故防止委員会（リスクマネジメント）」が整備されています。事故発生時の対応やヒヤリハット（事例収集）の対応は、「事故報告書」により、定期的に事故防止委員会で、発生要因の分析や対策が検討されています。リスクマネジメントに関する研修は8月に予定されています。 		

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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 感染症対策の管理体制として「感染症予防対策委員会」が設置されています。予防と発生時の対応について「感染症予防対策マニュアル」が整備されて、職員にも周知がなされています。年間の研修計画に年2回の研修が位置づけられるとともに、新型コロナウイルス感染症対策などは、行政の通知に基づき対応され、随時更新がされています。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 現在、災害時の対応が検討されています。食料や備品などの備蓄リストを作成し、管理者を決めて栄養士が備蓄を整備しています。また、BCP（事業継続計画）の策定が進められています。 ○ 今後は、事業所における災害リスクを把握して、災害時において、安否確認の方法などを職員に周知し、利用者や職員の安全を確保するとともに、福祉サービスを継続するために、地域との協力体制や他事業所との連携を講じることが望まれます。 		

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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 現在、入浴介助、着脱介助、排泄介助、食事などのマニュアルを作成中であり、文書化が進められています。 ○ 今後は、事業所全体・利用者別に、プライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢を明示したマニュアルを整備していくことで、施設の支援を明確にしていくことが必要です。 		
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。	c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 今後は、福祉サービスのスタンダードな実施方法の検証・見直しが定期的実施される仕組みを構築されることが必要です。 		

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> ○ サービス管理責任者が中心となりアセスメントが実施されています。また、毎年4月に行われる生活支援計画書の作成には、施設長・担当者・専門職等が参加する担当者会議が実施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。	b
<コメント> ○ 毎年10月に生活支援計画書の見直し・評価（モニタリング）が担当者会議にて行われています。 ○ 今後は、計画の見直し方法や見直した内容を関係職員に周知する手順を明確にしてい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> ○ 申し送りノートや記録ソフトを活用し、サービスの実施状況を詳細に記録するとともに、朝の申し送り、夕方の引継ぎ、朝礼等において情報共有がなされています。 ○ 今後は、支援計画書に基づいた記録がなされるよう、記録の標準化を図っ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> ○ 施設長のもと、プライバシー保護マニュアルや秘密保持契約書により、利用者の記録の保管・保存・廃棄の方法について、職員に周知されています。また、必要に応じて利用者やご家族に個人情報の提供について確認されていることがうかがえます。 ○ 今後は、個人情報を含む記録の管理について、職員の理解を深めるための研修を実施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
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。	b

特記事項

- 嗜好品や趣味など、利用者のニーズを可能な限り尊重した個別支援がなされていることがうかがえます。また、移動支援や介護タクシーを活用しての外出など、利用者の主体的な活動を発展させる取り組みもうかがえました。
- メッセージボードや筆談、携帯電話を持っている方にはアプリを利用するなど、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ことがうかがえます。
- 今後は、利用者の尊重と権利擁護に関して、利用者本人への事例説明などを通して、理解を深め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。	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。	b
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

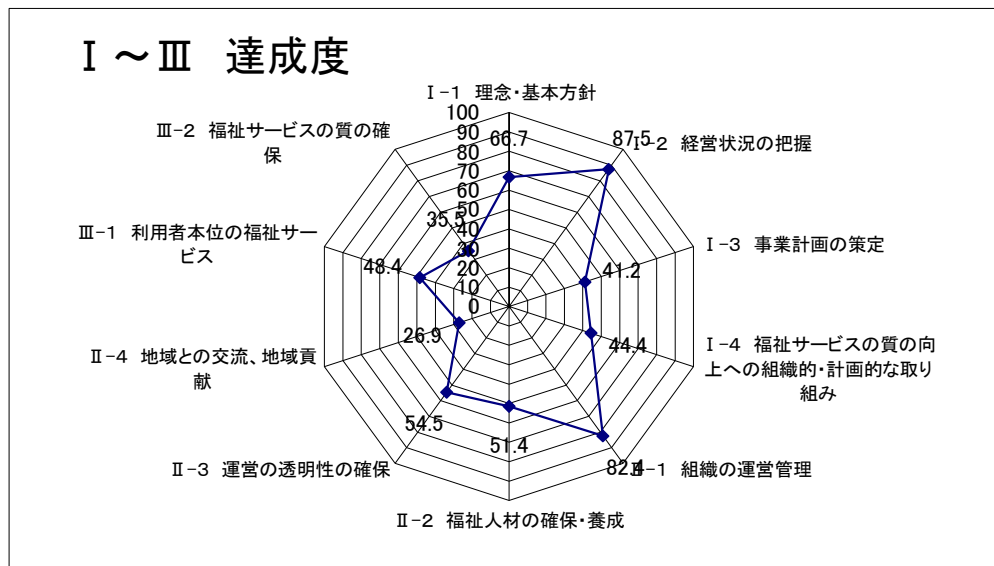
- 利用者の特性等をまとめた一覧表により、支援の留意点などの理解や共有がなされています。
- おやつ時間に四季にあったプチイベントをしたり、嗜好調査の結果からご飯の炊き方を変更するなどの工夫がうかがえます。また、栄養マネジメント計画も立てられており、利用者ごとの好みや必要量、形態なども把握されています。
- 理学療法士によるリハビリ計画に基づいた機能訓練・生活訓練が行われています。
- 毎朝のバイタルチェックに加え、2週間に1度の医師の訪問などが行われており、健康状態の把握に努められています。また「緊急時の対応マニュアル」の整備やドクターメイト（介護施設向け24時間医療相談）など、迅速な対応ができる体制を整えられています。
- 喀痰吸引など、責任及び非常時の対応について明確になっており、看護職員が中心となった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ことがうかがえます。
- 地域イベント、クラブ活動（料理、学習、音楽、映画）など、社会参加や学習のための支援を行っていることがうかがえます。
- 地域生活の移行について、利用者の希望と意向を把握し、相談支援従事者等と連携して、実家や近隣のグループホームにつなげる取り組みが確認できました。
- 理学療法や医療的支援など、専門的な支援が行われていますが、文書化や定期的な研修までには至っていません。今後は、生活支援との連携を深め、より体制化した取り組みが求められます。
- 今後は、利用者本人への理解や事例説明など権利侵害の防止をより進めていくことが望まれます。

(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	7	87.5
I-3 事業計画の策定	17	7	41.2
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	14	82.4
II-2 福祉人材の確保・養成	37	19	51.4
II-3 運営の透明性の確保	11	6	54.5
II-4 地域との交流、地域貢献	26	7	26.9
III-1 利用者本位の福祉サービス	64	31	48.4
III-2 福祉サービスの質の確保	31	11	35.5
	226	110	48.7



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	2	33.3
1-(2) 権利侵害の防止等	6	2	33.3
2-(1) 支援の基本	26	14	53.8
2-(2) 日常的な生活支援	5	5	100.0
2-(3) 生活環境	5	2	40.0
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	11	6	54.5
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	3	60.0
2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援	6	1	16.7
	79	40	50.6
	305	150	49.2

A 達成度

