

兵庫県福祉サービス第三者評価
評価結果報告書

施設名 : 多機能型障がい者デイセンターひょうご

(障害福祉サービス事業・生活介護・就労継続支援 B 型)

評価実施期間 2022年 8月 16日 ～ 2023年 3月 31日

実地(訪問)調査日 2022年 11月 29日

評価決定委員会開催日 2023年 3月 20日

2023年5月15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 11-1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：多機能型 障がい者デイセンターひょうご	種別：障害福祉サービス事業 (生活介護・就労継続支援B型)
代表者氏名：大嶋 信幸	定員(利用人数)： 40 名
所在地：〒 652-0897 神戸市兵庫区駅南通5丁目1番1号 神戸市立中部在宅障害者福祉センター3階	
TEL：078-672-6489	ホームページ：http://www.kobeseirei.or.jp
【施設・事業所の概要】	
開設年月日： 1996 年 5 月 1 日	
経営法人・設置主体(法人名)：社会福祉法人 神戸聖隷福祉事業団	
職員数	常勤職員： 15 名 非常勤職員： 2 名
専門職員 ※()はうち非常勤職員を明示	施設長 1名 看護師 1名
	サービス管理責任者 1名 理学療法士 1名
	生活支援員 10名(1) 医師(嘱託医) 1名(1)
	職業指導員 1名 総務 1名
施設・設備の概要	デイルーム兼食堂 2室 トイレ(介助対応用7か所、洋式トイレ3か所、男性用小便器3か所)
	機能訓練室 洗面所(生活介護2か所、就労継続支援B型3か所)
	浴室(特殊・一般浴室各2室)4室 相談室 2室

③理念・基本方針

<p>〈ひょうごデイサービスセンターの基本方針〉</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 利用者に重い障がいがあっても、利用者を支える家族も含めて、地域社会で『普通に生きる』ことができるよう、『笑顔と真心』で支援する。 2. 利用者の『人権を尊重』し、『喜びと感動』を生み出すサービス提供に努める。 3. 利用者と家族の悩みや課題をしっかりと受け止め、個別支援計画に基づき、『専門性とチームワーク』による『質の高い思いやりのあるサービス』を提供し、『地域社会に貢献』する。 4. 今までの手段や方法にこだわらず、人の持つ『知恵と無限の可能性』を信じ、『絶えず前進』することに努める。

④施設・事業所の特徴的な取組

<p>①多様なニーズに応えるサービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入浴サービス（特殊浴槽、一般浴槽、中間浴等利用者のADL等に配慮した入浴サービスの提供） ・送迎サービス（マイクロバス1台、ワゴン車3台） ・食事サービス（ペースト食、極キザミ食、ヨード除去食等） ・様々なレクリエーションの提供（ミュージックセラピー、創作活動、感覚プログラム等） ・機能訓練サービス <p>②職員の身体的負担軽減</p> <ul style="list-style-type: none"> ・装着型介護ロボット（マッスルスーツEvery1台、エアロバック2台）活用 ・床走行リフト2台活用 <p>③同フロア内の短期入所事業所との相互利用</p> <ul style="list-style-type: none"> ・安心して利用頂ける日中活動と夜間休息の場の提供 ・緊急短期入所の受け入れによる利用者・家族のセーフティネットの役割 <p>④コロナ禍における体調管理及び感染対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者・職員の検温及びマスク着用、手洗い、手指消毒の実施 ・室内・車内の換気、施設内・車内の消毒、空気除菌脱臭器「グリーンメイト」設置 <p>⑤空き缶リサイクル作業による地域交流（就労継続支援B型）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・キャナルタウンイースト自治会、住民との連携 ・神戸市営明和住宅自治会との連携
--

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	2022年8月16日（契約日）～ 2023年3月31日（評価結果確定日）
受審回数 （前回の受審時期）	3回目（2018年度）

⑥総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>○ 中・長期的なビジョンを明確にした第4期中期計画「2020年～2022年」と単年度事業計画をもとに、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。</p> <p>第4期中期計画は、ビジョンを基に、「6つの視点」「重点実施項目」「実行計画」「計画内容」がスケジュール化（中期は年度・単年度は月次）され、数値目標や具体的な成果など評価が行える内容になっています。また、事業計画の実施状況では、総合的な人事管理のもとで、職員の質の向上に向けた教育・研修体制が確立され、計画的に取り組まれるとともに、「WLB宣言企業」に登録し、ワーク・ライフ・バランスに配慮した「働きやすい職場づくり」に取り組まれています。さらに、「満足度調査」が定期的に行われ、1. 待遇 2. 支援内容 3. 環境 4. 食事 5. 情報交換・説明の5項目について調査し、対応体制の整備や取り組み改善に努められ、安心・安全な福祉サービスの提供（リスクマネジメント、感染症対策、災害対策など）のための組織的な取り組みが行われています。</p>

- **専門職との連携のもと、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。**
 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を提供するために、理学療法士をはじめ、医師、看護師、サービス管理責任者、支援員が連携し、個別支援計画に基づいた利用者一人ひとりに対する特性に応じた支援（機能訓練・生活訓練含む）が行われています。また、障害の状況に合わせて、ミュージックセラピー、創作活動、感覚プログラム等をはじめ、機能訓練や作業活動など多様な活動プログラムが用意され、利用者ごとの意向やニーズに合わせた多様な支援を展開されています。

- **福祉サービスの提供に関して利用者が意見等を述べやすい体制が確立しています。**
 利用希望者には、十分な時間を割いて丁寧に説明するとともに、利用者の障害特性に合わせて、利用者に分かりやすい工夫が行われています。また、満足度調査と食事に関する嗜好調査を、それぞれ年1回ずつ実施するとともに、利用者や家族代表をはじめ、苦情解決受付担当者・責任者、第三者委員が出席し、苦情解決・虐待防止委員会が年に2回実施され、期間内の受付けた苦情やヒヤリハットや事故などの報告を行うなど、利用者が意見等を述べやすい体制が確立しています。

◇改善を求められる点

- **地域との交流、地域貢献に努められていますが、地域社会における福祉サービス事業所として福祉向上に役割を果たすために、さらなる取り組みが望まれます。**
 事業所は立地条件が駅前の商業地域で、複合施設内にあるため、事業所が有する機能還元などが十分取り組めない環境にあり、また、コロナ禍の影響でボランティアの受け入れなども困難な状況でしたが、今後は、地域社会と事業所をつなぐ柱として「ボランティア受け入れ」を位置付けるとともに、社会福祉に関する知識と専門性を有する地域の社会資源として、さらなる地域福祉の向上に向けて、事業所が有する機能を地域に還元する取り組みの充実が望まれます。
- **プライバシーをはじめ意思決定支援など利用者本位のサービスの具体化が望まれます。**
 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、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、意思決定支援、利用者の満足度の向上など、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、基本的人権への配慮や意思決定支援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

細かく項目に分けて評価をして頂き、事業所の強み、弱みが明確になりました。マニュアルが整備されていないものは、職員が入れ替わっても周知できるようになるので、今後必要なものから優先順位をつけて整えていきたいと思えます。業務の効率化、ワークライフバランスを鑑み、サービスの向上に繋がるものは、取り組んでいく予定です。事業所内ではできていると思えたことも第三者機関に評価して頂いたことで、ワンランク上のサービスが提供できるようにステップアップしていけるよう取り組んでいきます。ありがとうございました。

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

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> ○ 法人の基本理念（行動規範）がホームページ・パンフレットなどに記載され、また、事業所の基本方針はホームページ・パンフレット・事業計画書などに記載されています。基本理念（行動規範）は事業所の使命や目指す方向性、基本方針との整合性が読み取れる内容となっています。職員への周知では事業所内に掲示され、朝礼での唱和（毎週月曜日）や年2回の牧師による研修で、振り返りアンケートなどで継続的な取り組みがうかがえます。 ○ 今後は、利用者や家族への周知で、基本理念や基本方針についてより理解しやすいように、ビジュアル化を図るなど、わかりやすく説明した資料を作成する工夫が望まれます。		

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
<コメント> ○ 社会福祉事業全体の動向は、福祉新聞の定期購読やWAMネット、経営協からの配信メールをもとに動向を把握し分析されていることがうかがえます。地域の動向は、神戸市障がい者プランや行政の配信メールをもとに内容を把握し分析されています。また、神戸市身体障害者施設連盟、神戸市知的障害者施設連盟に加入し、定例会議に出席して地域の利用者に関するニーズや特徴・変化などの経営環境・課題の把握にも努められています。月次実績報告書にてコスト分析や利用状況（利用率など）の分析が行われています。		
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
<コメント> ○ 経営課題は、経営環境や実施する福祉サービスの内容などをSWOT分析や月次事業報告書などを踏まえて、取り組むべき事業に関する課題を明確にし、第4期中期計画や単年度事業計画の中に具体的に明記されています。また、全体施設長会、神戸地区施設長会、予算ヒアリング、定期的な理事面談などで課題が共有されていることがうかがえます。その会議の内容が職制会議（施設長、主任、副主任で構成）、職員会議などで周知がなされ、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
<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「第4期中期計画（2020年度～2022年度）」が策定され、「地域生活支援拠点としての役割を果たし、利用者とその家族が安心して地域生活を続けられるように支援します」「職員が安心して働き続けられる事業所を目指します」と目標（ビジョン）が掲げられています。また、6つの視点、重点実施項目、実行計画、計画内容が具体的に策定されています。2021年度から「ワーク・ライフ・バランスの取り組み」が新たに追加されています。法人内で中期計画実現会議が年に4回開催されて、各施設長や管理職が参加して進捗状況が確認され、必要に応じて見直しが行われていることがうかがえます。 		
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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 「第4期中期計画」にもとづく「単年度事業計画」が策定され、6つの視点・重点実施項目ごとに実行計画、計画内容、達成目標を月次別に明確にされています。また、「単年度事業計画」は毎月の職制会議や職員会議で「月次報告書」「実績報告書」による進捗状況の確認や評価がなされています。 		
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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 事業計画の策定は6つのチームを編成し、全職員がいずれかのチームに所属し、策定にかかわっていることがうかがえます。また、事業ごとに強み、弱みを全職員から「SWOTシート」を用い聞き取りを行い、経営視点から「ビジョン検討シート」で分析し、経営課題を絞り、「経営検討シート」を用いて、今後3年の中期計画が策定されています。実施状況や評価・見直しは、毎月10日までに月次報告を入力し、職制会議で確認した後、法人に報告されています。その内容は職員会議で周知されています。 		
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。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 事業計画は事業所内に掲示され、家族会は年3回開催の予定で、今年6月に開催されて資料配布、説明がなされています。事業所のPRをするDVDを今年9月に完成されています。 ○ 今後は、利用者などの参加を促す観点から、事業計画の主な内容を分かりやすく説明した資料（ビジュアル的）を作成するなどの工夫が望まれます。 		

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	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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 福祉サービスの質の向上に向けた取り組みとして、年2回の「虐待防止チェック」や年1回の「満足度調査」を実施されています。また、神戸市の「自己点検シート」で毎年自己評価を行っておられ、基本的な項目についてセルフチェックを行なっています。職制会議でその結果の分析・検討がなされています。 ○ 今後は、福祉サービスの内容について評価基準を定めて組織的に年1回以上自己評価を行うなど、評価結果を分析・検討する仕組みの整備が期待されます。 		
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。	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 年2回の「虐待防止チェック」や年1回の「満足度調査」、定期的な「第三者評価」の結果を職制会議で分析・検討が行われ、その問題点や課題は報告書として文書化されています。改善課題を明確化されて、職員にも周知・共有化が図られています。また、事業計画に改善策が反映され、月次報告で必要に応じて見直しも行われています。 		

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
<p><コメント></p> <p>○ 施設長（管理者）は、事業所の運営方針などを事業計画で明確にしています。また、ホームページにて自らの役割と責任や方針を表明（管理者挨拶）されています。職務分掌表を作成し、自らの役割と責任を職員会議で周知され、有事（災害など）における施設長の役割と責任について、中部在宅障害者福祉センター防災マニュアルに明記されています。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は「職務代行者一覧」で明確化されて、法人本部にも報告されています。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>○ 施設長は、法人の法令遵守規定や神戸市主催の事業者説明会資料により、遵守すべき法令などを十分に理解されており、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。また、ハラスメント防止研修、コンプライアンス研修などに参加されています。社会福祉施設長資格認定講習を受講し、施設経営管理、財務管理など幅広い分野の法令など学ばれています。職員に対しては、新たな法令施行や規程の改訂があった際は、職員会議で周知し、事務所に掲示をされています。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>○ 施設長は、年1回の「満足度調査」の結果や神戸市に提出する「管理運営業務報告書」を通じて、サービスの質の現状について評価・分析を行って、改善に指導力を発揮されていることがうかがえます。また、事業計画推進のための6つのチームを編成して、自らもチームの活動に参画されています。チームで出た意見や課題について職制会議で話し合い取組まれています。福祉サービスの質の向上について、「新着職員研修、内部研修、外部研修、エルダー制度など」による教育・研修が実施されています。</p>		
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> <p>○ 施設長は、経営の改善や業務の実効性について、「月次実績報告書、予算対比表、就業週報月報、勤怠管理システム、有給休暇取得状況表など」を把握し分析されています。また、ワーク・ライフ・バランスの実現に向け、「残業削減、有給休暇取得促進、育児休暇取得、育児明けの時短勤務など」により、働きやすい環境整備に取り組まれています。毎月の職制会議や職員会議で課題や取り組みを共有し、経営の改善や業務の実効性を高めるために意識改革の形成に努められています。</p>		

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「第4期中期計画」に示されています。また、正規職員の採用・育成・人事管理については法人一括で実施されています。事業所の配置基準や資格保持者一覧表にもとづき、必要な人材の確保を法人と一体的に取り組まれています。また、人材の定着について、現在エルダー制度に基づいて、指導担当者を決めて、丁寧な指導を行っています。 ○ 今後は、福祉人材の具体的計画（専門職・有資格職員配置など）である人事プラン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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 「期待する職員像等」は法人基本理念（行動規範）や事業所基本方針に明示されています。人事基準は「法人キャリアパスモデル表、就業規則、人事考課規定、昇任・昇格規定など」に定められ、職員にも周知されています。年1回人事考課規定により「目標達成度評価、共通要素評価、専門要素評価」にて評価されています。職員処遇の水準については、法人の「人事・労務・危機管理部会」にて検討されていることがうかがえます。また、職員の意向調査、評価結果に基づき、改善策を検討・実施されています。法人キャリアパスモデル表や人事考課規定、昇任・昇格規定などが整備され、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なされています。 		
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
<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。意向調査をもとに年1回は職員面談を行い、悩み相談の機会とされるとともに、ストレスチェックを年1回実施され、メンタルヘルスニュースの配信、ハラスメント相談窓口を設置するなど、職員の心身の健康と安全確保に努められています。神戸市勤労者福祉共済制度にも加入し、「時短勤務、子どもの看護休暇、家族の看護休暇、ノー残業デー（毎週水曜日）の設定」など、総合的な福利厚生が実施されています。働きやすい職場づくりに、法人として、2020年10月に「WLB宣言企業」に登録し、次世代育成支援法対策推進法に基づく「事業主行動計画」の策定と併せて、ワーク・ライフ・バランスの推進を強化されています。 ○ 今後は、就業に関する改善策を福祉人材や人員体制に関する具体的な計画（人事プラン）に反映していく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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 「期待する職員像等」は法人基本理念（行動規範）や事業所基本方針に明示されています。職員ごとの人事考課表の中で目標管理の仕組みが構築されています。職員一人ひとりの目標設定は、4月に直属の上司と面談で具体的な内容（事業計画目標・業務遂行目標）で設定され、毎月直属の上司が進捗状況を確認されています。また、中間（12月）に自己評価を行い、目標達成度などが2月にフィードバック面接で確認されていることがうかがえます。 		

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
<p>〈コメント〉</p> <p>○ 「期待する職員像等」は法人基本理念（行動規範）や事業所基本方針に明示されています。また、法人キャリアパスフレーム表にも、必要とされる技術や資格が明確にされています。法人の研修計画にもとづき、キャリアパスフレーム表に沿った研修内容（階層別、職種別研修など）が実施され、研修後には「研修振り返りアンケート」により評価・見直しが行われています。</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
<p>〈コメント〉</p> <p>○ 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は、採用時や人事考課にて把握されて、「職員台帳、資格保持者一覧表」で管理されています。新着職員については、1年間エルダー（0JT指導者）をつけて、定期的に振り返りを実施されており、中堅以上については、主に職制者が個別に0JT（職務を通じた研修）を実施されています。また、法人の策定された研修計画に沿って、「階層別、職種別、テーマ別研修など」が行われており、内部研修については原則全職員が参加、外部研修もできるだけ全員が参加できるよう調整が行われ、補助制度などの配慮がなされています。</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
<p>〈コメント〉</p> <p>○ 実習マニュアルを整備され、福祉サービスに関わる専門職の教育・育成に関する基本姿勢が明文化されています。社会福祉士実習プログラム、保育実習プログラムが用意されています。また、実習指導者は「指導者研修」にも参加されています。学校からの実習受け入れについて、実習前の説明会から、実習内容、実習中・実習終了後カンファレンスまで、連携した取り組みが実施されています。</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
<p>〈コメント〉</p> <p>○ 法人のホームページなどの活用により、法人の基本理念（行動規範）や事業所の基本方針、福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、決算書、現況報告や満足度調査、第三者評価の結果などが公表されています。また、地域に向けて法人ホームページや法人広報誌（洗足）や事業所広報誌などを配布することで、法人理念（行動規範）や事業所の基本方針、活動など幅広い情報公表が行われています。</p> <p>○ 今後は、法人のホームページなどに苦情や相談内容に関する改善・対応の状況など、運営の透明性確保から情報公開を積極的に行うことが望まれます。</p>		

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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 法人規則集（経理規定、専決規定など）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、経理などに関しては職務分掌や、財務辞令により権限・責任が明確化されて、職員などに周知がなされています。必要に応じて外部の専門家に相談や助言を得ています。定期的に法人本部や監事による内部監査が行われ、監査法人による外部監査が実施されて運営の透明性を確保されています。監査結果報告や改善について、職員にも会議や朝終礼時に周知されていることがうかがえます。 		

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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 地域との関わり方についての基本的な考え方が、法人の基本理念や事業所の事業計画に明文化されています。地域の情報は掲示板や情報ラックで提供されて、特定の利用者に限られる情報については個別に配布されています。地域行事（えびす祭など）に参加する時は、職員やボランティアが支援するとともに、トライやるウィークでの中学生との交流の機会もあります。個々の利用者のニーズに応じて、地域の社会資源の活用についてガイドヘルプなどを推奨し、状況に応じて社会資源につなげるサポートを行っていることがうかがえます。 		
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、基本姿勢を明文化しています。学校教育などへの協力については、事業計画で示しています。ボランティア活動に必要な研修などには至っていませんが、事前にオリエンテーションを実施し、障害特性、安全面などについて説明されています。学校教育への協力では「トライやるウィーク」の受け入れが行われていますが、コロナ禍の影響でボランティアの受け入れ実績はありません。 ○ 今後は、ボランティアに対して利用者との交流を図る視点等で必要な研修の実施が期待されます。 		
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。	a
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者の状況に対応できる社会資源リストや資料を作成されて、職員にも共有化されています。（医療機関、各区の相談支援センター一覧、サービス事業所一覧など）関係機関・団体との連携では、「中部在宅障害者福祉センター内運営会議、神戸市知的障害者施設連盟の施設長会、兵庫区自立支援協議会の事業所部会」に参加され連携が図られています。また、兵庫区社会福祉法人等連絡協議会（ほっとかへんネット兵庫）主催の「生活環境改善事業（もの屋敷の清掃）」に参加して、問題解決に向けて取り組まれています。 		

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"> ○ 事業所は立地条件が駅前の商業地域で、複合施設内にあるため、事業所が有する機能還元などが十分取り組めない環境にあり、地域住民との交流の機会(夏祭り、クリスマス会など)もコロナ禍の影響で中止となっています。図書館の職員へは、車いすの使い方講習会が実施され、講習を通じて事業所の機能を地域に還元できる機会となっています。災害時の役割として、中部在宅障害者福祉センターが地域の基幹型福祉避難所になっており、開設訓練に参加するなど連携されています。 ○ 今後は、事業所の専門性や特性を活かし、地域住民の生活に役立つ講演会や研修会、相談支援事業などの取り組みが望まれます。 		
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。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 地域の福祉ニーズの把握では、兵庫区社会福祉法人等連絡協議会「ほっとかへんねっと兵庫」などと連携して、把握に努められています。中部在宅障害者福祉センターとして、「ほっとかへんネット福祉相談窓口」が開設されているので連携されています。福祉ニーズにもとづいた公益的な活動では、兵庫区社会福祉法人等連絡協議会（ほっとかへんネット兵庫）主催の「生活環境改善事業」（もの屋敷世帯の清掃）に参加協力されています。また、事業計画で明示している、「緊急ショートステイ受け入れ」についても実施されています。 ○ 今後は、地域の民生委員・児童委員などと定期的な交流の機会を通じて地域の福祉ニーズの把握が望まれます。 		

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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者の尊重について、基本方針から標準的なサービス実施方法に至るまで明確に明示されており、理念研修や法人ハンドブックの活用を通じて、共通理解が図られています。 ○ 今後は、利用者の尊重や基本的人権への配慮について、権利侵害の防止にとどまらず、幅広い立場からの研修や検討を深めていくことが望まれます。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 個人情報について規定やマニュアル等が整備されており、法人内における虐待防止研修やセルフチェックを通じて、権利擁護に配慮した支援が行われています。また、カーテンやパーテーションを活用し、施設内の私的空間の確保やプライバシーを保護する取り組みが行われています。 ○ 今後は、プライバシー保護に関する規定やマニュアルなどを整備していくとともに、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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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。また、ホームページに空き情報や施設ごとの情報発信を行う取り組みが行われています。 ○ 今後は、公共の場にパンフレットを置かしてもらうとともに、更にわかりやすい資料等を作成するなど、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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 福祉サービスの開始・変更にあたり、見学や体験を通して、利用者の意向や自己決定を尊重した説明に努められており、同意を得ていることがうかがえます。また、意思決定が難しい方には、成年後見人や身元引受人にも説明が行われています。 ○ 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。	a
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ひょうごデイサービスセンター独自のマニュアルとして、「サービス移行手続きのポイント」が整備され、サービスの継続性に必要な情報を整理し、サービスの移行が安心して行われる対応や工夫が行われています。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 満足度調査と食事に関する嗜好調査が、それぞれ年1回ずつ実施されています。満足度調査の結果については情報共有を行い、職制会やミーティングで改善策について検討し改善を図られています。また、結果及び改善策についてはホームページで公表しています。 ○ 今後は、満足度調査の結果を踏まえた利用者（保護者）を交えた検討会議を実施す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立されている。		
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"> ○ 苦情解決規程や苦情解決・虐待防止相談窓口が設置され、苦情があった場合の記録が適正に整備されています。また、利用者や家族代表をはじめ、苦情解決受付担当者・責任者、第三者委員が出席し、苦情解決・虐待防止委員会が年に2回実施され、期間内の受付けた苦情やヒヤリハットや事故などの報告を行っています。 ○ 今後は、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、苦情から改善された事項について、明確にしていくことが望まれます。 		
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。	a
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 相談や意見を聴く時には、常に傾聴を基本とされており、標準マニュアルの「面談マニュアル」に従って対応されています。苦情、相談についてのお知らせは、事業所内の各箇所にポスターを掲示されており、重要事項説明書にも掲載し説明されています。相談や意見を聴く場所は、個室である会議室や、オープンな話しやすい談話コーナーなど数か所が用意されており、その時々、相談内容や状況によって場所を選んで対応されています。 		
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"> ○ 日々のミーティングのなかで、受け付けた相談は、解決に向けて話し合い。場合によっては職制会議の中で共有し、多機能型サービス事業所とともに、対応方法や情報共有が行われています。 ○ 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」を整備していくことが望まれます。 		

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
<コメント> ○ 「リスクマネジメント委員会」が設置され、月1回開催されています。事故発生時の対応は、「事故対応マニュアル」に沿って「事故報告書・ヒヤリハット報告書」をもとにリスクマネジメント委員会で事故種別毎に集計、分析し、再発防止策を検討されています。その内容は、職員会議で周知され、リスクマネジメントに関する研修も行われ、リスク管理の意識向上に努められています。また、事故防止対策の実施状況や実効性についても「リスクマネジメント委員会」で評価・見直しが検討されていることがうかがえます。		
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> ○ 感染症対策は施設長、職制、看護師を中心に管理体制が整備されています。「感染症対策マニュアル」が整備され、職員にも周知がなされています。また、看護師による感染症対策研修が年1回を実施されています。感染症の予防対策は、スタンダードプリコーション（標準予防策）に沿って取り組まれており、感染症の発生や疑いのある場合は、速やかに受診を勧め、発生時は「神戸モデル 早期探知地域連携システム」により、発生状況連絡票にて、区保健所、神戸市に報告することになっています。		
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している。	a
<コメント> ○ 中部在宅障害者福祉センター「地震発生時の対応マニュアル」を定められ、周知がなされています。立地条件などから想定される災害時の対応は、職員や利用者・家族のメーリングリストが整備され、災害時の安否確認や平常時から連絡などの配信がなされています。また、備蓄の整備は、中部在宅障害者福祉センター一括で行われ、事業所としては施設長を管理者として、備蓄リストを作成して災害に備え2日分の備蓄品を整備されています。消防訓練は、中部在宅障害者福祉センターとして一体的に年2回実施され、自治会、消防署などと連携して行われています。		

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> ○ サービスを提供する上での標準的な実施方法が、ひょうごデイサービスセンター標準マニュアルとして整備されています。新たに着任された職員には、マニュアルを用いて丁寧に説明をされていることがうかがえました。 ○ 今後は、業務の標準化を図ることで、業務の効率化を図ることができることや、サービスの向上にも繋がることから、職員全体への研修会やマニュアル改定時での確認など、さらなる活用が望まれます。		

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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 提供するサービス内容にバラツキをなくして標準化を図ることができるように標準マニュアルの見直し及び改定が定期的に行われています。また、職員のアンケート結果を受けてマニュアルを改定に向け反映できるように努められていることがうかがえます。 ○ 今後は、見守りマニュアルや受け入れマニュアルなど、新たな標準化に向けた取り組みや個別支援の内容を反映させていく取り組みが求められます。 		

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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 個別支援計画策定のフローチャートにより、個別支援計画会議から計画の説明・同意、モニタリングに至る具体的な流れが明記されています。また、支援困難ケースへの対応については、ミーティング・職制会議にて具体的に検討し、場合によっては支援センターや行政との連携をとりながら、支援につなげていることがうかがえました。 ○ 今後は、部門を横断したさまざまな職種の関係職員(組織以外の関係者も含む)が参加し、アセスメント等に関する協議を実施するとともに、サービス計画の成果を明確にしていく仕組み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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 個別支援計画策定のフローチャートにより、年2回のモニタリングと支援会議が実施されています。また、変更が必要な場合については再アセスメントが実施されています。 ○ 緊急時の計画の見直しの際には、コア会議として担当・課長・主任などが参加して計画内容の変更を協議されていますが、計画の変更には至っていません。今後は、個別支援計画を緊急に変更する場合の仕組み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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者に関する情報や状況について、フェイスシート、アセスメント表、ケア記録など統一された様式に基づいて、詳細な記録が行われています。また、利用者の情報については、毎日、朝礼と終礼において、確実に情報を伝達できるよう、事業所ごとで引き継ぎが行われています。 ○ 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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 個人情報規程を整備され、パスワード管理やパソコン上の個人フォルダーの整理が行われています。また、利用契約時に利用者やご家族に個人情報の取り扱いについて説明し、同意を得ら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

<ul style="list-style-type: none"> ○ 終わりの会の司会等の係を利用者より希望を取り、その方にあった役割を持っていただくなど、利用者の自己決定が行える機会が確保されています。 ○ 年2回、苦情解決・虐待防止委員会を開催し、利用者、家族に情報を提供するとともに、虐待防止事例検討会を行い、実際にあった事例を基に改善策を検討されています。 ○ 今後は、利用者の尊重と権利擁護に関して、利用者一人ひとりへの合理的配慮を通して、理解を深めていくとともに、身体拘束に関する手順について、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
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。	a
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

<ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者の自立に向けて、金銭管理など、一人暮らしの生活を継続して行くための個別支援が行われています。 ○ 五十音表や携帯電話等の機器の文字入力を用いた支援を行っており、必要に応じてコミュニケーション機器の利用など、コミュニケーション支援が行われています。 ○ ミュージックセラピー、創作活動、感覚プログラム等をはじめ、機能訓練や作業活動など多様な活動プログラムが用意され、個別支援計画より、利用者ごとの意向やニーズに合わせた取り組みが行われています。 ○ 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を提供するために、看護師やリハビリ専門職の専門知識について、指導、助言を受けられるようになっており、内部の勉強会が実施されています。 ○ 利用者の生活環境が快適なものとなるよう、満足度調査を実施し、アンケートより改善できるところから改善に向けて取り組まれています。また、利用者間でのトラブルや思い思いに過ごすことができるよう、クールダウンができる場所の確保や、ソファを設置するなどの工夫がうかがえます。 ○ 理学療法士をはじめ、医師、看護師、サービス管理責任者、支援員が連携し、機能訓練や健康管理の評価を行い、個別の状況に応じた機能訓練や医療的ケアが行われています。 ○ 社会参加では、創作活動の参加や地域の作品展への出品など事業所内にとどまらず、社会参加する取り組みが行われています。 ○ 併設する、サービスや短期入所などの利用を通して、社会資源を利用し希望する地域生活が具体的に体験できる環境があります。 ○ 家庭の状況に応じて送迎時間を変更するなどの家族を含めたトータル的な支援が行われています。 ○ 個別的に多様な生活支援が展開されていますが、施設全体の生活支援が複雑でわかりにくいことがうかがえました。今後は、現在取り組まれている支援を整理し、プログラム化していくことで、利用者に分かりやすいメニュー作りに期待します。
--

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。	b
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。	b
A㉑	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。	b

特記事項

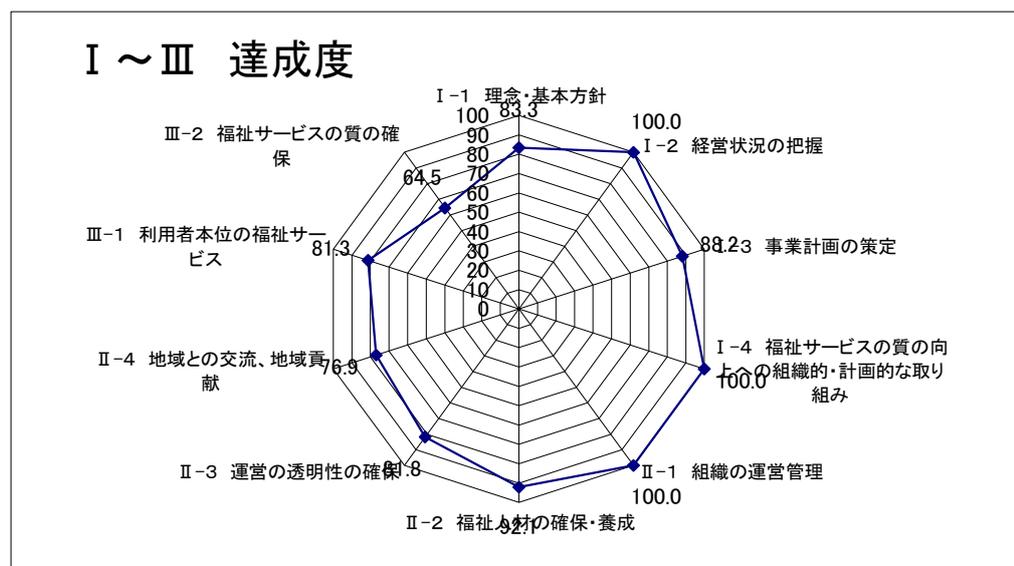
- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者の働く力や可能性を引き出すことを目的に、自助具（補助具）を用意したり、障害特性に応じた作業提供、作業配置が行われています。 ○ 週当たりの作業日は、利用者と相談の上、分業を決定し、当日の朝礼時に伝えるとともに、作業工程を細分化し、特性や適性に合わせて利用者さんと一緒に工程を作成しています。 ○ 障害者就業・生活支援センターやハローワークと新規受注先の紹介や超短時間雇用の紹介などにより連携を深め、就職活動の支援が行われています。 ○ 今後は、法人内の就労支援との連携のもと、地域の企業等との関係性の構築や障害者が働く場における「合理的配慮」を促進する取り組みが望まれます。 |
|---|

(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	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	15	88.2
I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取り組み	9	9	100.0
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	20	76.9
III-1 利用者本位の福祉サービス	64	52	81.3
III-2 福祉サービスの質の確保	31	20	64.5
	227	190	83.7



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	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	19	73.1
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	7	6	85.7
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	4	66.7
4-(1) 就労支援	18	8	44.4
	93	65	69.9
	320	255	79.7

