

兵庫県福祉サービス第三者評価
評価結果報告書

施設名 : 神戸愛生園

(障害者支援施設)

評価実施期間 2021年9月6日 ~ 2022年3月31日

実地(訪問)調査日 2021年12月20日

評価決定委員会開催日 2022年2月14日

2022年5月23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：神戸愛生園	種別：障害者支援施設		
代表者氏名：加藤 航	定員（利用人数）：施設入所支援 50 名 生活介護事業 60 名		
所在地：〒654-0142 兵庫県神戸市須磨区友が丘 1-1			
TEL：078-791-2222	ホームページ： http://www.kobeseirei.or.jp/		
【施設・事業所の概要】			
開設年月日：1982年5月10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：	44名	非常勤職員： 27名
専門職員 ※（）はうち非常勤職員を指す	施設長	1名	看護師 6（3）名
	サービス管理責任者	2名	栄養士 1名
	生活支援員	42（11）名	医師 1（1）名
	PT・OT	3（3）名	その他 17（11）名
施設・設備の概要	居室	19室	
	友愛館（通所事業活動）	1室	
	作業棟（OT活動）	1室	
	入浴装置（特浴、座浴、個浴、大浴槽）	5ヶ所	
	介護用リフト（天井走行式 20+床走行式 3）	23機	
	車両	4台	

③理念・基本方針

<p>神戸聖隷福祉事業団 基本理念</p> <p>私たちは、キリスト教精神に基づき、聖書に示された愛と奉仕の実践を通して、社会福祉の向上に貢献します。</p> <p>私たちが大切にすること（行動規範）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 私たちは、聖なる神に仕えるように、援助を必要とする一人ひとりに仕えます。 2. 私たちは、利用者の人権を尊重し、一人ひとりの生命をかけがえのないものとして守ります。 3. 私たちは、利用者が生涯を通して全人的（身体的、精神的、霊的、社会的）存在として生かされるように、支援者としての役割を担います。 4. 私たちは、グローバル（全世界的）な視点に立ち、隣人として地域社会、国際社会の人々と

の交流を深め、幸せな福祉社会の実現に努めます。

神戸愛生園 基本方針

1. 唯一無二の存在である利用者の命を守り、その人らしい生活を送ることができるように支援します。
2. 態度、言動がどのような影響を与えるかよく考え、人権に配慮したケアに努めます。
3. 利用者のニーズに基づき、従来からのサービスに固執せず、神戸愛生園の総合力を持って柔軟にサービスを提供します。
4. 施設機能の情報提供、相談を積極的に行い地域に必要とされるよう努力します。

④施設・事業所の特徴的な取組

2017年3月にISO9001の国際認証を取得しました。2021年3月に初めての更新審査を受けました。業務フローを見える化し、効率的な運営に役立てています。また部署目標を掲げ、常に向上するようにしています。

2019年12月よりEPA（経済連携協定）によりインドネシア人職員を2名受け入れております。2022年2月には三人目を迎え、基本理念にある国際交流や人材の充足を図るとともに、EPA職員のひたむきさに日本人職員が刺激を受けています。

ISOもEPAも法人内で神戸愛生園だけが唯一行っている事業所です。

現在、利用者の高齢・重度化が進み、医療ケアの方が増えており、胃ろうの方は10名おられます。この様に多数の胃ろうの方を受け入れているのは、同種の施設で見ると珍しいです。しかし、負担も大きく今後の受け入れ方針を見直すかどうかの岐路に立っています。

慢性的な人材確保の難しさがあります。有料広告ページやSNSを活用しています。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	2021年 9月 6日（契約日）～ 2022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（2017年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

- **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、それを踏まえた単年度事業計画が月次別に具体的に策定されています。**
 事業計画は、6つの視点に基づき「重点実施項目」「実行計画」「スケジュール（中期は年度・単年度は月次）」が設定され、評価指標（スコア）、年度スコアによる進捗状況が確認されています。事業計画の実施状況では、ISOのマネジメントシステムの導入により業務の効率化や職員の働きやすい環境整備（ナースコールの入れ替え・インカム（イヤホン・マイク一体型無線機の導入など）がうかがえます。また、福祉人材確保や育成の積極的な取り組みとして、EPA（経済連携協定）職員の活用が行われています。さらに、「働きやすい職場づくり」として、「WLB宣言企業」として登録がなされ、ワーク・ライフ・バランスの推進が強化されています。
- **利用者を尊重する姿勢や利用者の意思を大切にす支援が行われています。**
 運営会議、愛和会役員会、月例会・予定連絡会など、利用者の思いを聞き取るための取り組みが随所で行われています。また、意見箱の設置や定期的な満足度調査をはじめ、毎月の給食委員会には栄養士とその他職員と利用者10名程度が出席し、選択食・希望食、行事食など、利用者の身近な生活の意向を尊重することを主眼に置いた支援や思いを汲み取る取り組みが積極的に行われています。
- **個別支援計画のもと、多様な利用者の障害特性に応じた支援が行われています。**
 サービス管理責任者が中心となって、支援員、看護師、理学療法士、栄養士、事務員との連携により、アセスメントが実施され、個別支援会議を通じて、一人ひとりの実態に即した個別支援計画を立て、支援にあたっています。また、日常生活支援は、利用者の既往歴、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、栄養マネジメントや生活支援実施書を作成するとともに、生活支援課マニュアルの中に「障害特性に関するマニュアル」を作成し、障害の状況に合わせて、介護技術と介護機器・おむつ・口腔ケアなどの研修を行うことで、利用者の障害の状況に応じた適切な支援を取り入れています。

◇改善を求められる点

- **自己評価の実施を通じて、サービスの質の向上に関するPDCAサイクル（改善に向けたサイクル）を確立していくことが重要です。**
 法人QOL推進部において「サービス評価（自己チェック体制の確立）」が掲げられて、自己チェックリストの検討が行われていましたが実現に至っていません。今後は、福祉サービスの内容について評価基準を定めて、組織的に自己評価（自己チェック）を行い、評価結果にもとづきサービスの質の向上に向けて組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策や改善計画を策定していくことが望まれます。
- **意思決定支援や家族支援をはじめ、利用者の日常生活や地域生活を継続していく取り組みを充実させていくことが望まれます。**
 利用者の意向に沿った支援はうかがえますが、利用者のこれからの生活に向けた支援は明確ではありません。今後は、利用者や家族の生活に関する意向や要望について、明確にしていくことによって、意思決定支援の考え方やルール作りを明確にし、利用者の高齢・重度化に向けて、日常生活や地域生活を継続していく取り組みを充実させていくことが望まれます。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

低評価の所に再提示できないかと考えたが、充分にお示しできるものはなかった。
普段からの様々な「意味付け」の必要性を感じた。

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

※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
<コメント> ○ 法人の基本理念（行動規範）や事業所の基本方針がホームページ・パンフレットなどに記載され、事業所の使命や目指す方向性が具体的に示されています。また、基本理念は事業所内各所に掲示され、職制会議や職員会議で「理念ハンドブック」をもとに、各職員が理解し、「理念の木（理念を簡単な言葉で表し顔写真と一緒に写したもの）」に掲示されています。利用者には支援主任が朝礼メッセージで、基本方針をわかりやすい言葉に書き換えたものを作成し周知が図られています。		

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
<コメント> ○ 社会福祉事業全体の動向は、福祉新聞や全障協機関誌などをもとに把握し分析されていることがうかがえます。地域の相談窓口として、神戸聖隷総合相談センターがあり、連携を図って地域の動向や利用者ニーズを把握されています。また、各区障害者支援センター、特定相談事業所などから情報収集し、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。毎月の職制会議で月次実績報告書によりコスト分析や利用状況などを把握されています。 ○ 今後は、地域の各種福祉計画の策定動向と内容を把握し分析していくことが期待されます。		
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> ○ 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（強みと弱み分析）」や「予算達成に向けた進捗確認会」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、役員を通して課題の共有化を行うとともに、その会議の内容が職員会議などで周知されています。		

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> <p>○ 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、「ここにいてよかった！と言える施設作りを目指します」という目標（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、実行計画が具体的に策定されて、評価指標（スコア）、年度スコアによる進捗状況が確認されています。また、法人内で中期計画実現会議が年に4回開催され、進捗状況の確認や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。</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
<p><コメント></p> <p>○ 法人の「第4期中期計画（2020年度～2022年度）」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、達成目標を月次別に明確にされて、責任者や担当者が決められています。また、「単年度事業計画」は毎月の職制会議で「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。</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
<p><コメント></p> <p>○ 事業計画の策定時は全職員からアンケートにて意見を収集し、それらをSWOT分析（強みと弱み分析）した上で計画を立てられています。事業計画の実施状況は、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。毎年上半期の評価と報告を10月に、年間の評価と報告を4月に実施され、その内容は職員会議で周知されていることがうかがえます。</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。	b
<p><コメント></p> <p>○ 事業計画の主な内容は、事業所内に拡大印刷して掲示し、朝礼メッセージなどで分かりやすく説明されています。また、利用者予定連絡会や家族会（役員会）でも説明されていますが、具体的な資料までは確認できませんでした。</p> <p>○ 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ビジュアル的に分かりやすく説明した資料など作成の工夫が望まれます。</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。	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、ISOのマネジメントシステムが導入されて、PDCAサイクル（改善に向けたサイクル）にもとづく福祉サービスの質の向上に関する取り組みが実施されています。ISOのマネジメントシステムは年1回の内部監査が実施され、第三者評価は3年に1回受審されています。内部監査や評価結果は職制会議で分析・検討されています。 ○ 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い、評価結果を分析・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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ISOのマネジメントシステムによる内部監査の実施状況、結果について職制会議で共有され、各部署、係に持ち帰り改善の取り組みがうかがえます。 ○ 今後は、今回の第三者評価結果やISOのマネジメントシステム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、朝礼メッセージ、職制会議や職員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しています。また、ホームページや広報誌「神愛」に自らの役割と責任や方針を表明されています。職務分掌表を作成し、有事（事故など災害など）における管理者の役割と責任について、防災マニュアルに明記されています。 ○ 今後は、平常時のみならず、有事（災害、事故など）を含め管理者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。	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 施設長は、法人の法令遵守規定や神戸市主催の法令遵守研修により、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、ISOマニュアルにて幅広い分野の法令を把握されて、職員に対して遵守すべき法令を周知されていることがうかがえます。 		
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。	a
<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について、ISOのマネジメントシステムによる内部監査の実施状況、結果を踏まえて、課題を把握し、改善のための具体的な取り組みを職制会議で明示して指導力を発揮されています。また、職員意向調査により福祉サービスの質の向上について、職員の意見を反映する取り組みがうかがえます。さらに、法人の階層別研修や多職種連携研修、理念研修など福祉サービスの質の向上について、教育・研修の充実が図られています。 		
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月次実績報告書、勤怠管理システム、有給休暇取得状況表など把握し分析されています。また、職員の働きやすい環境整備などは、ナースコールの入れ替えやインカム（イヤホン・マイク一体型無線機）の導入などがうかがえます。経営の改善や業務の実効性を高めるために組織内のリーダー会議などに自らもその活動に積極的に参画されています。 		

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「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。福祉人材確保や育成の積極的な取り組みとして、EPA（経済連携協定）職員（2名）の活用を実現されています。 ○ 今後は、福祉サービスの提供に関わる必要な福祉人材の具体的計画（専門職・有資格職員配置など人事プラン）の策定を基に、人材の確保・育成が法人と一体的に行われることが期待されます。 		
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、法人キャリアパスフレームや給与規則、人事考課規定、昇任・昇格規定などに人事基準が定められ、職員に周知されています。年1回人事考課規定により職務遂行能力や成果・貢献度などを評価するとともに、職員処遇の水準について、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。さらに、職員の意向調査、評価結果に基づき、職制会議で改善策を検討・実施されるなど、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。衛生委員会を組織し、職員の心身の健康と安全確保に努められ、意向調査をもとに主任面接を定期的実施し、施設長ヒアリングは年1回職員面談を行い悩み相談の機会とされています。神戸市勤労者福祉共済制度に加入し、時短勤務、子どもの看護や家族の看護休暇、ノー残業デー（毎週水曜日、給与・賞与支給日）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として、記録ソフト、インカム（イヤホン・マイク一体型無線機）の導入など業務の効率化を推進し、有給休暇を取りやすい環境を整備されています。また、法人として、ひょうご仕事と生活センターの「WLB宣言企業」として登録され、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、労働環境の改善策を福祉人材や人員体制に関する具体的な計画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> <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。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、職員一人ひとりの目標設定は、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）が設定され、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（11月）に自己評価を行い、目標達成度などが年度内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。</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
<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。法人キャリアパスフレームに、必要とされる技術や資格が明確にされています。法人の「人材育成部会」による研修計画にもとづき、階層別研修、多職種連携研修、事業種別研修などが実施されています。研修計画や研修内容などの評価・見直しが、法人の「人材育成部会」で行われています。</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。新任職員については1年間エルダー（OJT指導者）をつけて、定期的に振り返りが実施されています。法人の「人材育成部会」で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います。また、内部研修については原則全職員が参加できるように配慮され、外部研修については全職制にメールにて案内をし、職員の参加を奨励されています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>○ 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「実習指導マニュアル」が整備されています。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、「実習指導者講習」に2名受講され、実習指導に取り組まれています。学校からの実習受け入れについては実習内容など連携した取り組みがなされています。</p> <p>○ 今後は、実習生などの福祉サービスに関わる専門職の教育・育成に関する基本姿勢を明文化されることが望まれます。</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
<コメント> ○ 法人のホームページなどの活用により、法人、事業所の基本理念（行動規範）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、現況報告や第三者評価、満足度調査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）、事業所広報誌（神愛）、パンフレット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。 ○ 今後は、施設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。	a
<コメント> ○ 法人経理規定により、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と権限・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（監査法人など）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ています。また、監査法人による外部監査が実施され、運営の透明性を確保しています。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
<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、法人の基本理念や事業所の基本方針に明文化されています。地域の情報は利用者予定連絡会、運営会議、利用者自治会月例会などで提供されて、掲示板でも情報提供されています。おいでやすカーニバル、近隣専門学校の運動会、大学の文化祭招待の際には、職員とボランティアが協力して支援を行う体制が整っています。また、おいでやすカーニバル、花火大会、夜間避難訓練、ボランティア受け入れなどで、地域住民との交流を図っています。買い物や通院などの個別支援の事例もうかがえました。		
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。	b
<コメント> ○ 「ボランティア受け入れマニュアル」を整備して、ボランティアを受け入れる「意義」が明文化されています。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「しおり」によるオリエンテーションを実施し、障害特性、コミュニケーション方法などについて説明されています。学校教育への協力では「体験学習、専門学校・大学の実習など」の受け入れが行われています。 ○ 今後は、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ことが望まれます。		

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、事業所団体の定期総会や研究大会、分科会などに参加し、須磨区自立支援協議会や須磨区社会福祉法人等連絡協議会（ほっとかへんネット須磨）で地域課題「生活環境改善事業（もの屋敷の清掃）」に参加協力されています。 ○ 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。	a
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 別館の神戸聖隷オアシスで「誰も食堂」を開設し、地域住民の憩いの場として交流されています。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「成年後見制度学習会」を開催されました。また、特定相談事業所、障害者相談支援センターも運営されて、多様な相談支援活動に努められています。災害時の地域における役割などについて「福祉避難所」として協定が結ばれています。地域自治会とも交流があり、地域の活性化やまちづくりにも協力されています。 		
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、「誰も食堂」や「グラウンドの貸出し」を特定支援相談事業所、障害者相談支援センターの運営を通じてのニーズ把握、さらに、須磨区自立支援協議会や須磨区社会福祉法人等連絡協議会（ほっとかへんネット須磨）を通じてのニーズの把握に努められています。地域貢献に関わる事業・活動では「福祉避難所」の協定や「誰も食堂」の運営がなされています。 ○ 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や地域の福祉ニーズにもとづく公益的な活動への参加などを事業計画に明示が望まれます。 		

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"> ○ 利用者を尊重したサービス提供について、法人の理念の行動規範や事業所の基本方針において具体的に示され、全体職員会議や接遇強化週間によって、職員への周知が図られています。また、定期的に虐待防止チェックを行うことで、日々の姿勢を振り返り、共通の理解を深めています。 ○ 今後は、利用者の尊重や基本的人権への配慮についての研修を行うことで、利用者の権利を高める取り組みについて明確にし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"> ○ 法人の虐待防止規定に準じ、「生活支援課マニュアル」の中に「虐待防止の規定」や「虐待防止のためのチェックリスト」を定められており、虐待に対する受付・対応手順のフローチャートを職員室前に掲示し、不適切な事案が発生した時の対処方法が周知されています。 ○ 今後は、プライバシーに配慮した支援など、権利侵害の防止についてマニュアルを整備するとともに、プライバシーに配慮した環境整備を進め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"> ○ ホームページやパンフレットをはじめ、事業所を紹介する資料を作成し、利用希望のある障害者や保護者に対して、随時、見学や体験利用などを通して丁寧な説明が行われていることがうかがえます。また、ホームページに入所・短期入所などの空き情報を明示することで、福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供しています。 ○ 今後は、福祉サービス選択に必要な情報をさらに多くの人が入手でき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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ サービスの開始・変更にあたっては、重要事項説明書に加えて、利用者の特性に合わせ、個別支援計画の内容を利用者、家族、後見人に丁寧に説明され、同意を得られていることがうかがえます。 ○ 今後は、意思決定が困難な利用者への配慮についてルール化され、更に障害特性に応じたわかりやすい説明、工夫を図られることが望まれます。 		

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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者の退所及び福祉サービスの変更については、個別支援計画の「支援実施書」をもとに説明や引き継ぎを行い、退所後についても元担当支援員、支援課長、サービス管理責任者によって相談できる体制を整備していることがうかがえます。 ○ 今後は、引き継ぎやアフターフォローについての文章や手順を整備していくことで、継続性に配慮した仕組みを明確に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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者全員に満足度調査を定期的実施するとともに、利用者との個別懇談や利用者の自治会「愛和会」を通じて、要望を吸い上げ、利用者の満足度の把握に努められています。 ○ 今後は、把握された要望やアンケート結果を分析することで、利用者の意向をサービスに取り入れるプロセスを明確にしていくことが望まれます。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 苦情解決の仕組みについては、受付から解決処理まで手順を定め、重要事項説明書や案内ポスターが掲示され周知がなされています。また、意見箱を施設長あての意見箱、食事に関する意見箱の種類を用意され、苦情を受け付ける体制を整備しています。 ○ 今後は、利用者の苦情や意見を取り入れる方法を明確にするとともに、苦情内容及び解決結果を公表するなど、苦情をサービス改善に活かす仕組みを明確にする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"> ○ 苦情相談の案内ポスターの掲示や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いますが、分かりやすく説明した文書ではありません。また、相談や意見を述べやすいスペースとして、静養室、相談室などプライバシー配慮の環境も整備されています。 ○ 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、配布や掲示が望まれます。 		
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"> ○ 利用者の意見を積極的に把握する取り組みとして、法人の「接遇ハンドブック」や施設冊子「接遇のしおり」を活用し、適切な態度・聞き方を学ばれています。また、意見箱の設置や年1回の満足度調査結果、利用者自治会「愛和会」からの意見については、月1回の運営会議で確認し、職制会議で対応を検討されていることがうかがえます。 ○ 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・意見対応マニュアルなど」を整備し、定期的な見直しも望まれます。 		

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。	b
<コメント> ○ 「接遇・リスクマネジメント委員会」により、体制を整備されるとともに、事故発生時の対応は、「アクシデントレポート（事故報告書）」、事例収集は「今日の気づきシート（ヒヤリハット）」により、安心と安全を脅かす事例の収集が行われています。また、その情報は、職制会議で共有され、発生要因の分析や対策の検討が行われています。リスクマネジメントに関する研修事例もうかがえました。 ○ 今後は、事故防止対策の実施状況や実効性について、定期的に評価・見直しを行う仕組みづくりが望まれます。		
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> ○ 感染症の管理体制や予防と発生時の対応について「感染症マニュアル」を整備され、年1回「感染防止委員会」で見直しが行われています。昨年度は、職制がコロナウイルス感染予防の対応策について講習を受け、職員と情報共有がなされています。また、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。	a
<コメント> ○ 「災害対策マニュアル」により、管理体制を整備され、職員に周知されるとともに、消防訓練が年2回、自治会、消防署などと連携して行われています。立地条件ではハザードマップなどから「洪水・土砂災害など」は特に想定されていませんが、職員や利用者の災害時の安否確認の方法などを「災害対策マニュアル」に記載され、災害備蓄は総務主任（栄養士）が担当し、整備されています。		

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> ○ サービスの標準化については、生活支援課マニュアル、生活支援実施書などをもとに、施設独自のマニュアルを整備されています。また、新任職員にはエルダー（指導担当者）制度により、介護、支援の指導を行うとともに、介護技術研修、相談支援研修、オムツ研修などを定期的実施し、サービスの標準化に取り組んでいることがうかがえました。 ○ 今後は、策定された標準化がさらに事業所全体に浸透していくことを検証する仕組みを明確にしていくことが期待されます。		

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"> ○ 各担当者において、生活支援課のマニュアルは1年ごとに改訂されるとともに、利用者支援のタイムテーブルは2カ月に1回修正され、標準化の見直しをする仕組みが確立しています。 ○ 今後は、標準的な実施方法の検証・見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案が反映されるような仕組みにしていくことが期待されます。 		
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"> ○ サービス管理責任者が中心となって、支援員、看護師、理学療法士、栄養士、事務員との連携により、アセスメントが実施され、個別支援会議を通じて、一人ひとりの実態に即した個別支援計画を立て、支援にあたっています。また、個々のケア記録の月のまとめを作成することで、計画どおりに福祉サービスが行われていることを確認する仕組みが構築されています。 ○ 今後は、利用者に分かりやすく説明する観点から、計画の策定に関する方法や手順を整理し、文書化することによって、策定プロセス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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 個別支援計画の評価見直しについては、年間計画に基づいて、6か月に1度、利用者や家族に状況を聞き取り、個別支援会議をベースに多職種の意見を交えながら見直し、同意を得られています。また、利用者の体調変化等により計画の変更の提案があれば、調整会議、臨時的個別支援会議に取り上げ、速やかに対応を行っています。 ○ 今後は、個別支援計画の見直しに基づいて、個別支援計画書の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期待されます。 		
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"> ○ 支援記録は内容が施設内で共有できるようパソコンシステムを活用して、日々のケア記録に個別支援計画に基づく支援の様子を入力し、職制会議、主任会議、リーダー会議、担当者会議において情報の共有が行われています。また、生活支援課マニュアルに記録の書き方をマニュアル化され、個々のケア記録の月のまとめを作成しています。 ○ 今後は、標準的な記録方法の確立や利用者情報の流れを明確にしていくことで、更に記録や利用者情報が有効に活用され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"> ○ 利用者に関する記録の管理について、個人情報管理規定に定められており、契約時に利用者に同意も含めて説明が行われています。 ○ 今後は、利用者の記録の管理について、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明確にするとともに、職員に対して個人情報保護の観点から教育、研修が行われることが望まれます。 		

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。	a

特記事項

- 作業療法、歌の会等の地域サークルに参加、外出などについて、コミュニケーション機器等、本人に合わせたコミュニケーション方法を活用し、選択していただくことで意思表示できるようし、個別支援が行われています。また、利用者自治会では、利用者が主体的に運営し、生活に関わるルール等について話し合っています。
- 人権侵害については、職制会内で「虐待防止職制会」を設け、早期発見リストや家族からの虐待チェックリストを使い早期発見に努めています。また、「虐待不適切ケア評価表」を用い、自己決定、安心・安全、個別化、職務姿勢、利用者の尊厳について評価し、「虐待防止判定基準書勉強会」を実施し、権利侵害の防止、再発予防の取り組みがなされています。
- 今後は、利用者の権利を高めていく取り組みを検討していくことで、権利擁護をはじめ利用者を尊重する取り組みを明確にしていくことが期待されます。

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。	a
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

- 個別に貴重品ロッカーを用意するなど、金銭管理や買い物について自己管理の支援が行われています。
- コミュニケーションが難しい利用者に対しては、作業療法士、理学療法士と協力し、コミュニケーション機器の活用や身振り、文字盤、タブレットなど自己表現の方法を工夫していることがうかがえます。
- 地域の文化活動(歌の会)やお祭り、文化祭、障害者キャンプ、作品展示などの情報提供と参加支援をおこない、利用者の意向や状況に沿った自律・自立に配慮した個別支援が展開されています。
- 生活支援課マニュアルの中に「障害特性に関わるマニュアル」を作成し、障害の状況に合わせて、介護技術と介護機器・おむつ・口腔ケアなどの研修を行うことで、利用者の障害の状況に応じた支援を提供しています。
- 毎月の給食委員会には栄養士とその他職員と利用者10名程度が出席し、嗜好を考慮したメニューを作成しています。
- 日常生活支援は、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、栄養マネジメントや生活支援実施書が作成されています。
- 毎朝のチェックシートで健康状態を把握するとともに、介護職員への喀痰吸引研修を外部業者に依頼のもと毎年実施し、胃ろうなど利用者の状態に合わせて医療的な支援が行われています。
- 通所部門においては、連絡帳や送迎時の報告を通じて、家族の連携を深めるとともに、必要に応じて相談や助言を行うなど家族の支援を行っている事例がうかがえました。
- 今後は、利用者の重度高齢化に伴い、これからの利用者の生活について話し合う機会や家族を含めた生活支援を明確にしていくことによって、地域生活を継続していく取り組みを充実させていくことが期待されます。
- 多様な生活支援の中で、利用者の意向や家族の意見を踏まえて、意思決定支援の考え方やルール作りを明確に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		
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。	非該当
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。	非該当
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。	非該当

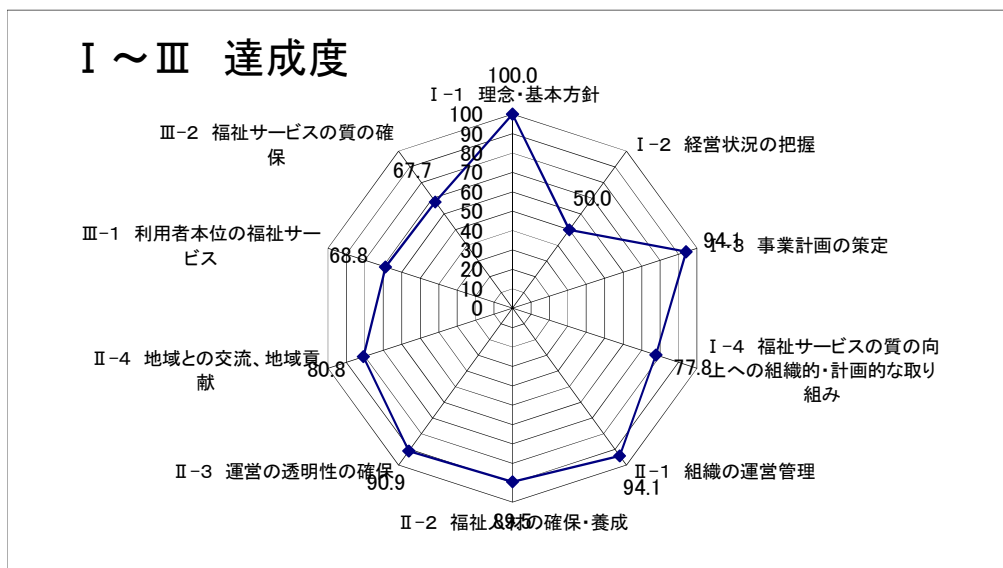
特記事項

(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	6	100.0
I-2 経営状況の把握	8	4	50.0
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	7	77.8
II-1 組織の運営管理	17	16	94.1
II-2 福祉人材の確保・養成	38	34	89.5
II-3 運営の透明性の確保	11	10	90.9
II-4 地域との交流、地域貢献	26	21	80.8
III-1 利用者本位の福祉サービス	64	44	68.8
III-2 福祉サービスの質の確保	31	21	67.7
	227	179	78.9



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	5	83.3
1-(2) 権利侵害の防止等	6	6	100.0
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	3	60.0
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	3	42.9
2-(6) 社会参加、学習支援	4	4	100.0
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
	75	54	72.0
	302	233	77.2

