

福祉サービス第三者評価結果報告書 【障がい福祉分野】

【受審施設・事業所情報】

事業所名称	尼崎市立身体障害者デイサービスセンター		
運営法人名称	社会福祉法人 尼崎市社会福祉事業団		
福祉サービスの種別	生活介護		
代表者氏名	山本 博久（理事長）、大附 勝仁（所長）		
定員（利用人数）	20 名 ★1日定員 （利用契約者38名）		
事業所所在地	〒660-0052 尼崎市七松町3丁目8番8号		
電話番号	06 - 4869 - 5033		
FAX番号	06 - 6413 - 5677		
ホームページアドレス	http://www.amashai.jp/		
電子メールアドレス	ama-svogaisvadav@hcc5.bai.ne.jp		
事業開始年月日	平成14年8月1日		
職員・従業員数※	正規	2 名	非正規 18 名
専門職員※	看護師3名、介護福祉士8名 介護支援専門員1名		
施設・設備の概要※	[居室] なし		
	[設備等] 食堂1、浴室1、調理室1、プール1 日常生活室1、介護室1、更衣室4		

※印の項目については、定義等を最終頁に記載しています。

【第三者評価の受審状況】

受審回数	0 回
前回の受審時期	年度

【評価結果公表に関する事業所の同意の有無】

評価結果公表に関する事業所の同意の有無	有
---------------------	---

【理念・基本方針】

尼崎市立身体障害者デイサービスセンターは、主に常時介護などの支援を必要とする外出や就労が困難な在宅の身体障がい者を対象に、地域で安定した生活を営めるよう障害者総合支援法の生活介護事業に定められた運営基準にもとづき、身体能力、日常生活能力の維持向上を基本とするサービス提供を行います。

また日常のサービスにおいては、誕生日会などの月間行事や季節感にあふれた年間行事を組み込み、利用者の生きがいの創出と社会的孤立感の解消、及び家族の介護負担の軽減を図るとともに、利用者の相互の理解と仲間作りを促進するなど自立と社会参加をめざしています。

【施設・事業所の特徴的な取組】

1. 施設職員や身体障害者福祉センター体育指導員の派遣援助により、併設の温水プールを利用した水泳や水中活動を行っています。

2. 当施設の利用者は重度の方が多く(障害支援区分6・5の方が9割を占める)、医療的ケア(経管栄養、吸引及び導尿)を必要とする利用者も受け入れているため、看護師の複数配置により医療的ケアの体制強化を図っています。

3. レクリエーション活動で、外部講師を依頼し、音楽療法をとおして音楽を楽しむ機会、セラピードッグをとおして動物と触れあう機会、また車いすダンスをとおして音楽に合わせて動く感覚を経験する機会を設けています。

【評価機関情報】

第三者評価機関名	大阪府社会福祉協議会 総務企画部 第三者評価室
大阪府認証番号	270002
評価実施期間	平成28年10月25日～平成29年2月20日
評価決定年月日	平成29年2月20日
評価調査者(役割)	0701B018 (運営管理委員) 0501B059 (専門職委員) () () ()

【総評】

◆評価機関総合コメント

尼崎市立身体障害者デイサービスセンター（以下、当センター）は、JR東海道本線立花駅から約800mのところのところに位置し、一戸建てやマンション等が混在する閑静な住宅地内にあります。近くに公園が点在し、市役所や保健所、病院もあって、環境が良く利便性の高い場所に立地しています。

当センターは、社会福祉法人尼崎市社会福祉事業団が平成14年に市の指定管理を受けた事業所で、一日定員20名の生活介護事業を提供しています。

当センターには、重度の肢体不自由と知的障がいの重複障がい者が多く、経管栄養や吸引、導尿などの医療的ケアを必要とする利用者も受け入れています。午前10時から午後3時まで、基本的な健康チェックの他、入浴や機能訓練、午後にはプール、レクリエーション、音楽療法等の活動を中心とした支援に取り組んでいます。専門職による身体能力・日常生活能力の維持向上と自立の促進、生活の改善等を図る施設として地域での役割を果たしています。

法人では、当センター以外に児童養護、障がいや高齢等を担う計7施設を運営していますが、特に身体障害者福祉センターとは円滑な支援活動に取り組んでいくうえでの連携に努めています。

(注)判断基準「abc」について、(a)は質の向上を目指す際の目安となる状態、(b)は多くの施設・事業所の状態、(c)はb以上の取り組みとなることを期待する状態、に改訂されました。即ち、(b)が一般的な取組水準となり、従前に比べて(b)の対象範囲が広がります。また、改正前に(a)であった評価項目が改正後の再受審で(a)を得られなくなる可能性もあります。

◆特に評価の高い点

1. 利用者の障がいの特性・症状に配慮した支援活動

身体障がいと知的障がいを併せ持つ重度の利用者がほとんどで、身体機能の改善を中心とした個別プログラムを提供しています。また複数名の看護師が配置され（常勤1名、非常勤2名）、健康管理や医療的なケアにも配慮がなされています。

2. 温水プールを地域の障がい者に開放

週5日、障がいのある市民の方が温水プールを利用しています。施設の食堂で飲食や休憩もでき、地域での気軽な居場所的な役割も果たしています。

3. 避難訓練の充実

毎月、いろいろな状況を想定し職員と利用者が避難訓練を実施しています。サービスの提供場所が2階であるため、避難用の滑り台が設置されており、職員2名が利用者を前後にはさんで滑り降りる等の訓練が行われています。利用者も前向きに楽しく取り組んでいます。

◆改善を求められる点

1. 単年度事業計画の策定方法の見直し

指定管理という制約もあって単年度の事業計画が毎年同じような内容となっており、事業報告書とのつながりが明確になっていません。利用者の要望を踏まえて、計画・実施・検証のプロセスに基づいた事業運営を行うことが求められます。

2. 地域との交流の推進

実習生の受け入れ、ボランティアの活用や、施設の有する機能・資源を用いた地域との交流や貢献、福祉ニーズにもとづいた公益的な活動をさらに推進していくことが求められます。

3. 非正規職員への取り組みの強化

事業特性による事情のため、非正規職員の比率が高くなっています。教育・研修や福利厚生面での取り組みの強化が望まれます。

4. 安全・苦情における問題事項の把握

安全管理におけるヒヤリハット報告件数や、利用者・家族からの苦情・意見の件数が少ない状況です。これらに対する職員の捉え方の統一や意識づけが望まれます。

5. 施設の活動に対する利用者・家族の参画

アンケートとは別に、利用者や家族との懇談会を組織し、双方向なコミュニケーションを定期的に積み重ねることによって把握したニーズや声を活動に反映していくことが望まれます。

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回、第三者評価を受審し、施設サービスにおいて各項目ごとにチェックを受け、弱点や課題などを指摘されたことで、具体的な改善内容を見直す機会を得ることが出来ました。

また訪問調査時には職員がヒアリングによる調査を体験したことで、今まで以上に協調性と責任感を持つことが出来るようになったと思います。

受審結果についてはしっかり受け止めて、施設サービスの質向上に向けて職員一同力を合わせて取り組み、地域において必要とされる生活介護事業所となるよう努めます。

◆第三者評価結果

・別紙「第三者評価結果」を参照

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

		評価結果
I-1 理念・基本方針		
I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■理念や基本方針はホームページやパンフレットに記載し周知しています。 ■職員に対しては採用時の研修にて説明し、各年度の事業計画書などの書類に記載し回覧しています。 ■利用者や家族へわかりやすく伝える工夫や取り組みが望まれます。 	

		評価結果
I-2 経営状況の把握		
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■地域の各種福祉計画の策定動向・内容や、社会福祉事業全体の動向はホームページなどで確認しています。 ■毎月、施設の利用率の推移・動向などを把握・分析し、法人の施設長会議にて四半期毎に予算の執行状況を確認しています。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■施設の人員配置数、職員研修、設備の整備及び収支状況について分析資料を作成し、職員会議のなかで協議して課題解決に取り組んでいます。 ■施設の経営状況については、理事会、監事監査などで説明し、役員間での情報の共有が図られています。 	

		評価結果
I-3 事業計画の策定		
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■中長期計画は平成26年度に検討され、基本方針に沿って平成27年度～31年度の5ヶ年分が策定されています。 ■中長期計画の見直しをする仕組みや収支計画の策定が望まれます。 	
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。	c
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■事業計画が平成27年度、平成28年度と同じ内容となっています。指定管理のため、事業計画を変更することが難しい状況ですが、計画に基づく組織的な取り組みを推進していくための工夫が求められます。 	

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。	
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。
(コメント)	■事業計画は前年度を踏襲し形式的に作成されていますが、事業報告書は具体的な項目があげられ、実施した内容について評価がなされています。事業計画書と事業報告書との整合性をもたせて取り組むことが求められます。
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。
(コメント)	■事業計画に記載する行事等の案内は、お知らせ文にて事前に利用者等に配布しています。 ■利用者会や家族会がないため、事業計画は家族との面談時や送迎時などを利用して伝達しています。

	評価結果
--	-------------

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

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。	
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。
(コメント)	■事業報告書において、総括、重点的に取り組んだ項目、目標の達成状況を記載し、理事会に諮るなど組織的に評価体制を整備しています。 ■事業計画・福祉サービス計画が不明確ですが、日々実践していることへの評価・分析は職員ミーティングにおいてなされています。
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。
(コメント)	■実施した行事ごとに評価し職員会議で総括を行っています。 ■職員会議にて課題が共有化され改善が行われていますが、改善計画を策定するなど組織的な取り組みが望まれます。

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

	評価結果
--	-------------

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。	
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。
(コメント)	■尼崎市社会福祉事業団決裁規程において、管理者の役割・権限・不在時の権限委任が定められています。 ■防火管理規程や消防計画などにおいて、管理者の役割と責任が明記されています。

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)	<ul style="list-style-type: none"> ■法人の諸規程を遵守し、利害関係者との関係は適正に保っています。 ■管理者は法令遵守の徹底を図り、職員に諸規程の説明を行うとともに、規程集を事務所に設置し、いつでも閲覧ができるようにしています。 	
II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■毎日のミーティングに管理者も積極的に参画し、福祉サービスの質に関する課題を把握して改善のための取組みに指導力を発揮しています。 ■職員の教育・研修プログラムが不明確です。特に非正規職員の研修プログラムの充実が望まれます。 	
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■管理者は、人事、労務、財務等を分析し、経営の改善や業務の実行性を高める取組みを行っています。 ■管理者自らが、月4回の職員会議と毎日2回のミーティングに参画し、組織内に同様の意識を形成するために指導力を発揮しています。 	

		評価結果
II-2 福祉人材の確保・育成		
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。		
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■職員の確保については、ホームページ、ハローワーク、新聞折り込み求人広告や福祉の就職説明会への参加等により人員体制の安定に努めています。 ■人員体制は基準を満たしていますが、計画にもとづいた人材（特に非正規職員）の育成や定着への取組みが望まれます。 	
II-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■各職員が自己評価を行い、勤務評定書に基づいて職員の能力や職務に関する成果を評価しています。また職員との面談等により人事異動や職場改善に向けた取組みが行われています。 ■キャリアパスなど人事基準は職員に周知されています。 	
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
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組んでいる。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■有給休暇の取得状況など職員の就業状況は定期的に把握されています。 ■正職員及び嘱託員は尼崎市の中小企業共済制度に加入していますが、アルバイトは加入していません。 ■定期的に職員との面談の機会がありますが、職員が相談しやすいような組織的な取組みが望まれます。 	

II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■職員の自己申告書（自己評価）において、目標項目や目標期限を設定し、面談を行うなかでその達成度を確認しています。 ■組織として「期待する職員像」を明確にしていくことが望まれます。
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。	c
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■研修体系が不明確（特に非正規職員）で、教育・研修計画が不十分です。計画を立てて実行し、定期的に研修内容やカリキュラムの見直しを行うなど組織的な取り組みが求められます。
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■新任職員は採用時研修（1日）を受け、その後1ヶ月間はリーダーによるOJTを受けることになっています。 ■採用時・新任研修以外にもその都度研修機会は提供していますが、OJT、外部研修や資格取得などについて組織的、計画的な取り組みを行うことが望まれます。
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。	
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。	c
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■実習生の受け入れについては、実習生受け入れ要綱に記載されていますが、基本姿勢は作成されておらず、教育・育成に関してのマニュアル、専門職種向けのプログラムなどありません。 ■福祉人材を育成することは福祉事業所の社会的責務であることを理解し、積極的な取り組みが求められます。

評価結果	
II-3 運営の透明性の確保	
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。	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ホームページに、理念、基本方針、事業計画、事業報告、予算決算情報などが適切に公開されています。 ■第三者評価の結果は今後公開予定となっています。 ■苦情・相談の体制を整備し、その内容について公表することが求められます。
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■法人の規程により、職務分掌、権限、事務・経理などについてのルールが明確に定められており、職員に周知されています。 ■内部監査は実施していませんが、指定管理者として運営しているため、尼崎市の法人指導課や監査事務局から指導・監査を受け経営改善を実施しています。

		評価結果
II-4 地域との交流、地域貢献		
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
II-4-(1)-①	利用者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)	<ul style="list-style-type: none"> ■事業計画には地域との関わりについての基本的な考え方が記載され、施設や利用者への理解を得るために定期的な交流が図られています。 ■近隣での買い物や喫茶店の利用、遠足など、利用者の社会参加活動を支援しています。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■中学校の吹奏楽部の演奏会や、地域ボランティアによるアンサンブル演奏・人形劇など、近隣地域との交流を行っています。 ■ボランティアの受入れに関する基本姿勢を明文化し、ボランティアマニュアルを整備するなど、組織的な取り組みが望まれます。 	
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■関係機関等とのケースカンファレンスや養護学校移行支援会議など、定期的に連絡会議に参加しています。 	
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
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。	c
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■尼崎市の福祉避難所として指定されており、災害時において一般の指定避難所では生活に支障をきたす障がい者や配慮を必要とする人の受入れ施設となっています。 ■事業所が有する機能を地域へ還元する取り組みを通じて、住民との積極的な交流を図ることが求められます。 	
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。	c
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■福祉事業所は、福祉サービスを実施する公益性を有する組織として、地域の福祉ニーズを把握し、当該福祉サービスだけでなく、その把握された地域福祉ニーズに対して積極的に支援・協力する公益的な事業や活動が求められます。 	

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

		評価結果
Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス		
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
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)	<p>■利用者を尊重した支援活動に取り組んでいく姿勢、立場は、法人の理念や事業計画で明示されています。その方針のもと、朝礼や終礼時に当日の職員の動き、利用者の様子等を確認し、共通の認識をもって支援を行っています。</p> <p>■日々、朝礼や終礼等で報告や確認された事項を含む記録の整理が不十分な部分があります。丁寧に記録化することが望めます。</p>	
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。	c
(コメント)	<p>■法人の基本方針やマニュアル、施設の事業計画などでプライバシー保護の視点が明示され、職員間でなされる支援の進め方の議論において中心的な課題になっています。しかしプライバシー保護に関して施設として具体的な手順を定めたマニュアルが整備されていません。</p> <p>■マニュアルに関しては、その都度、支援方法などが確認できるよう、簡潔に記載したものをトイレや食堂等に掲示して周知を図ることが望めます。</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。		
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。	a
(コメント)	<p>■施設のパンフレット等を法人内の事業所に置いたり、事業所間の連携を行う際に配布する等、必要な対応をしています。</p>	
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。	a
(コメント)	<p>■サービス利用にあたっては、重要事項説明書の説明をはじめ、契約書、見学等で対応しています。当施設と併用して他事業所のサービスを利用する場合も含め、障がいの特性やニーズを把握しながら、適切な支援ができるように配慮しています。</p>	
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。	c
(コメント)	<p>■法人内の相談事業サービスの活用をはじめ、法人の各事業所が持っているノウハウを基礎にした連携のもと、サービスの継続性に努めています。</p> <p>■他事業所の利用にあたって継続性が保たれるよう、支援記録等の引継ぎ文書や具体的な手順が作成されていません。それらの整備が望めます。</p>	

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
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。	b
(コメント)	<p>■利用者の満足度向上のためのアンケート調査を実施するとともに、多様な支援場面での利用者とのやり取りを通じて意見・要望を把握するための取り組みを行っています。利用者へのヒアリングでも満足している様子を伺い知ることができました。</p> <p>■利用者の要望や意見を日常的に把握し、満足度を向上させていくひとつの方法として「利用者の会」(仮称)を作り、ニーズ把握に向けた継続的な取り組みが望まれます。個々の家族の要望等に応える努力は行っていますが、組織として対応していく場づくりが望まれます。</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。		
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。	c
(コメント)	<p>■苦情解決責任者の配置など苦情解決の体制ができており、非常勤職員も含めて日々利用者や家族からの意見や苦情についての対応が共有されています。</p> <p>■苦情解決の仕組みはできていますが、意見箱が設置されておらず、また実際の苦情件数がほとんどない状況で、苦情解決の機能が充分には果たされていません。職員間での「苦情」のとらえ方、評価についての認識の違いがあり、研修の実施や職員間での議論を深めることで、サービス改善のポイントとして積極的な取り組みが求められます。</p>	
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
(コメント)	<p>■支援を行う2階の空間は間仕切りのないワンフロアになっていて、相談を受ける環境としては不十分ですが、食堂や相談室・会議室等の場所が準備されています。</p>	
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)	<p>■アンケート調査を含め日常的に利用者から意見を聞いて要望を把握し、可能な限り支援等へ反映させています。また、朝礼や終礼時等を通じて職員間での連絡がスムーズになされており、細かな部分までの意思疎通や意見の共有ができています。</p> <p>■しかし把握されている件数が少なく、意見や苦情を拾い上げる仕組みを改めて検討し、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・実施等について定めたマニュアルを整備していくことが望まれます。</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。		
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)	<p>■ヒヤリハット等を含めたリスクマネジメントへの対応が、支援に取り組むうえで重要な課題であるとの認識が職員間で共有されています。また、外部研修にも参加し、全職員へ情報が伝達されています。</p> <p>■ヒヤリハットの件数について、職員間で「ヒヤリハットとは何か?」ということに対する認識の違いがあり、十分な数としてあがってきていません。また、記録も不十分で、評価・分析という点で課題を残しています。</p>	

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)	■看護マニュアルが作成され、看護師が常勤職員として常駐することで、医療や健康に関する職員への周知が適切、迅速に行われています。一方、感染症等への対応には、利用者・家族の気づきが重要な役割を果たす部分もあり、引き続き啓発に努めていくことが期待されます。	
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。	a
(コメント)	■防災管理規程等を設け、災害時の体制や対応及び備蓄等に取り組んでいます。同時に利用者の安全確保の方法についても定式化がなされています。また、消防署と連携して月1回、消防訓練や避難訓練を実施しており、実際の場面で利用者も含めた取り組みを継続しています。	

	評価結果
--	-------------

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

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。

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。	c
(コメント)	■一人ひとりの利用者の障がいの特性・状況を細かく把握することで、排泄、移動、食事、入浴等の支援が利用者のニーズに合うように提供されています。 ■利用者に共通するサービスの標準的な実施方法についてマニュアル化し、さらに簡潔に整理した文書を必要な場所に掲示することで、職員が日常的に確認できるようなシステムを作っていくことが求められます。	
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
(コメント)	■利用者に共通するサービスの標準的な実施方法を文書化したマニュアルについては、定期的な見直しが求められます。	

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。

Ⅲ-2-(2)-①	アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施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を決め、非常勤職員を含めた全職員が出席するケース会議において、アセスメント、支援計画作成、モニタリングを実施し、必要に応じて都度見直しをしています。 ■会議は実施されていますが、その検討の内容等の記録が不十分です。また職員間での検討や利用者の意向把握と同意を含んだ一連の作成手順についてもあわせて文書化が望まれます。	
Ⅲ-2-(2)-②	定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	b
(コメント)	■個別支援計画の定期的な見直しは、運営規程などで明記され、日常的に把握した利用者の姿、支援の内容や方法等をケース会議や職員会議で検討し、評価・見直しが実施されています。記録が不十分な部分がありますので、確実に文書化していく仕組みづくりが望まれます。	

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。

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> <p>■アルバイト等の非常勤職員も会議等に参加し、利用者の支援方法等について意見交換をする場が設定されています。また、毎日の朝礼や終礼の場を通じて、情報の共有に努めています。</p> <p>■会議の開催記録はありますが、内容についての整理や記載が不十分です。文書の作成・管理・伝達に関する体制を整備していくことが望まれます。</p>	
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
<p>(コメント)</p> <p>■個人情報保護規程及び個人情報保護に関する方針が整備され、利用者の記録の保管等の方法が定められています。あわせて個人情報保護の内容に関しては、職員会議や研修（伝達研修も含め）を通じて非常勤職員を含む全職員に周知を図っています。また、利用者等の個人情報については、事務室のロッカーで保管され、施錠管理されています。</p> <p>■記録の管理体制はできていますが、利用者に関する記録が複数のところに保存・保管されていることがあります。一元化した様式等でまとめ、記録が分散しないような方法を検討していくことが期待されます。</p>	

障がい福祉分野の内容評価基準

		評価結果
A-1 利用者の尊重		
A-1-(1) 利用者の尊重		
A-1-(1)-①	コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■障がいの状況・特性等からコミュニケーションが困難な利用者が多く、50音ボード等の器具を使って意思疎通を行うなど、創意ある支援に取り組んでいます。 	
A-1-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■意思疎通が困難な利用者が多いなかで、50音ボードを使ったり、多様な場面で意見を聞く等に努めています。 ■「利用者の会」(仮称)が結成されていませんが、少人数からでも意見や要望を聞く場を設け、少しずつ組織的なものにつなげていくことで、継続的にその内容をサービス・支援に反映していくような仕組みづくりが望まれます。 	
A-1-(1)-③	利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■要介護度が高い利用者に対する支援プログラムがゆったりしていて、利用者が自分のペースで過ごせるように具体的な取り組みが実施されています。職員間での会議や連絡がきめ細かく行われていることによるものと評価できます。 	
A-1-(1)-④	利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者の社会的自立に向けた支援の内容や方法は、「買い物の際にレジに利用者に行ってもらおう」「食事を自分でできるよう励ます」など、本人の力が発揮できるようになっています。 ■利用者の様子を把握しながら、法人内の他施設とも協働して、いろいろな社会資源を活用した具体的な支援プログラムの幅を広げていくことが望まれます。 	
A-1-(1)-⑤	体罰や虐待(拘束、暴言、暴力、無視、放置等)の人権侵害の防止策や、万々に備えての取組が徹底されている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者の人権擁護及び人権侵害の防止については、法人全体での就業規則、セクシャルハラスメントの防止に関する規則等で厳しい規定を設けています。同時に、職員会議での議論、研修への参加、日常的な意見交換等を行い、常に注意喚起を促しています。 ■施設内に虐待防止委員会等を発足させ、定期的に虐待をはじめとする人権問題の学習、議論をしていく場づくりが望まれます。 	
A-1-(1)-⑥	利用者個々のサービス計画が作成され、サービス実施にあたっては利用者の同意が徹底されている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■個別支援計画については、利用者・家族からの意見等を把握し、職員会議等での検討を行って作成した後に、利用者及び家族に説明のうえ、同意の記名・押印をもらっています。複数の事業所を利用している場合には、他施設の相談担当者、法人内の相談事業所などと連絡会を行い、支援の継続性に配慮しています。 ■社会資源の活用に関して、法人内での連携を基礎に、利用者のニーズに合わせた支援のさらなる展開を図っていくことが望まれます。 	

A-1-(1)-⑦	利用者が地域内での自立生活へと移行することについて、情報提供や個別計画の作成など、適切な支援が行われている。	非該当
(コメント)	■通所事業のため非該当。	
A-1-(1)-⑧	家族とは日常的に情報提供、意見交換がなされるとともに、求めに応じてサービス記録を開示する等、サービス内容についての説明を十分に果たしている。	非該当
(コメント)	■通所事業のため非該当。	
A-1-(1)-⑨	自傷他害等については、その原因の究明除去とともに、適切な対応が行える体制がとられている。	b
(コメント)	■自傷行為については、利用者の状態を職員間で共有し、家族に伝えたり、ケース会議を開催したりしながら対応をしています。	

	評価結果
--	-------------

A-2 日常生活支援		
A-2-(1) 食事		
A-2-(1)-①	サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。	a
(コメント)	■個別支援計画を作成し、「男性が苦手」「きざみの形態で」等、一人ひとりの利用者に合わせたサービスを提供しています。全体として楽しい食事風景が作られています。	
A-2-(1)-②	食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。	b
(コメント)	■給食業者に委託していますが、利用者の意見を伝えて食べやすいメニューにしたり、可能な限り温かい食事が摂れるよう工夫しています。また、利用者の障がい等を配慮して「きざみ食」等の提供を行なっています。	
A-2-(1)-③	喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	非該当
(コメント)	■通所事業のため非該当。	
A-2-(2) 入浴		
A-2-(2)-①	入浴は、利用者の障がい程度や介助方法など個人的事情に配慮している。	b
(コメント)	■入浴について、施設利用開始時に希望を聞いて取り組んでいます。担当者を決め、入浴が利用者本人にとって快適と感じられるように配慮しています。	
A-2-(2)-②	入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	b
(コメント)	■利用者には初回、及び都度に希望(例えば、夏の入浴は午後を実施してほしい等)を聞き取り、具体的な対応に取り組んでいます。	
A-2-(2)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a
(コメント)	■入浴については、器具の点検等を行い、また利用者の状況に合わせて安全で快適に利用できるように配慮しています。また、入浴場内のプライバシー保護についてもカーテンの使用等で対応しています。入浴に対する利用者（家族）の満足度は高い評価となっています。	

A-2-(3) 排泄

A-2-(3)-①	排泄介助は快適に行われている。	a
(コメント)	■個別支援計画に基づいて、排泄介助の支援をしています。中途の変更等については時期を見ながらケース会議で見直しをしています。	
A-2-(3)-②	トイレは清潔で快適である。	a
(コメント)	■手すり、ユニバーサルトイレ等、利用者の状態に配慮して器具を設置し、清掃・消臭などの環境整備も行っています。	

A-2-(4) 衣服

A-2-(4)-①	利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。	非該当
(コメント)	■通所事業のため非該当	
A-2-(4)-②	衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切である。	非該当
(コメント)	■通所事業のため非該当。	

A-2-(5) 理容・美容

A-2-(5)-①	利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。	非該当
(コメント)	■通所事業のため非該当。	
A-2-(5)-②	理髪店や美容院の利用について配慮している。	非該当
(コメント)	■通所事業のため非該当。	

A-2-(6) 睡眠

A-2-(6)-①	安眠できるように配慮している。	非該当
(コメント)	■通所事業のため非該当。	

A-2-(7) 健康管理

A-2-(7)-①	日常の健康管理は適切である。	a
(コメント)	<p>■常勤の看護師が配置されていて、必要な相談、対応が行われています。また、看護師が利用者の状況を含め医療機関との窓口になって主治医などと連携しています。</p> <p>■インフルエンザ予防接種については、施設側から接種の働きかけを行うことや、集団接種の実施も感染症予防対策の一つです。検討が望まれます。</p>	
A-2-(7)-②	必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	b
(コメント)	<p>■嘱託医と常勤の看護師を配置し、日常的に医療支援が受けられ、必要に応じて医療機関につないでいく体制がとられています。緊急対応については、看護マニュアルで決め、看護師を中心に取り組んでいます。</p> <p>■利用者の障がい等の特性・状態に合った個別の対応を行うため、利用者のかかりつけの医療機関(医師)を把握して連携する体制をとっています。</p>	

A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実にこなわれている。		a
(コメント)	<p>■服薬については、常勤看護師を中心に管理しており、全職員に服用時間、方法等を周知しています。服薬に関する基本情報として、薬の変更時に薬の説明書等を家族から提出してもらい、その内容を周知しています。</p> <p>■服薬忘れや誤薬という危険性を考え、新しい職員は、6ヶ月間は服薬の支援をしないことで事故防止を図っています。</p>	
A-2-(8) 余暇・レクリエーション		
A-2-(8)-① 余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行なわれている。		b
(コメント)	<p>■レクリエーションを実施する時には利用者の意見を聞きとり、自主的に参加できるようにしています。これらの行事にはボランティアも参加でき、地域交流の場にもなっています。</p> <p>■レクリエーションや余暇活動の年間計画を利用者や家族により積極的に伝え、こうした活動への参加を通じて施設の利用率のアップを図っていく努力が望まれます。</p>	
A-2-(9) 外出、外泊		
A-2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。		非該当
(コメント)	■通所事業のため非該当。	
A-2-(9)-② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。		非該当
(コメント)	■通所事業のため非該当。	
A-2-(10) 所持金・預かり金の管理等		
A-2-(10)-① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。		非該当
(コメント)	■通所事業のため非該当。	
A-2-(10)-② 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望に沿って利用できる。		a
(コメント)	■利用者は希望によりテレビを見たり、スマートフォンを使ったりしています。	
A-2-(10)-③ 嗜好品（酒、たばこ等）については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意志や希望が尊重されている。		非該当
(コメント)	■現時点で喫煙する利用者はいません。	
A-2-(11) 生活環境の整備		
A-2-(11)-① 一人になれる場所や部屋又は少人数でくつろげる場所や部屋が用意されている。		a
(コメント)	■利用者が過ごす空間は間仕切りのないワンフロアですが、一人になったり、くつろいだり、面会するスペースとして、会議室や相談室等いくつかの部屋を利用することができます。	
A-2-(11)-② 心地よく生活できる環境への取組がなされている。		b
(コメント)	■支援を行う場所がワンフロアということで、生活する場と管理する場が混在していますが、職員間で工夫して快適に過ごせるようにしています。	

A-2-(12) 日中活動支援	
A-2-(12)-①	個別支援計画に基づいて日中活動等に関するさまざまな支援を行っている。
(コメント)	■日々の活動については、利用者のニーズを聞き個別プログラムを作成して具体的に実施しています。また、時間の設定をゆったりとすることで、利用者が精神的に安定、安心して集団の場に参加できるように配慮しています。

障がい福祉分野の内容評価基準 –授産施設としての対応–

判 断 基 準 項 目	評価結果
A-3 授産施設としての対応	
A-3-(1) 授産施設としての対応	
A-3-(1)-①	就労に向けて、情報提供や職場実習の実施など、積極的な支援が行われている。
(コメント)	■授産施設ではないため非該当。
A-3-(1)-②	働く場として、個々の障がい程度、特性に合わせた作業内容を用意している。
(コメント)	■授産施設ではないため非該当。
A-3-(1)-③	働きやすい作業環境が用意され、安全衛生面でも配慮されている。
(コメント)	■授産施設ではないため非該当。
A-3-(1)-④	工賃報酬を引き上げるため積極的な取り組みが行われ、工賃が適正に支払われている。
(コメント)	■授産施設ではないため非該当。

利用者への聞き取り等の結果

調査の概要

調査対象者	尼崎市立身体障害者デイサービスセンターの利用者の代理人
調査対象者数	34人
調査方法	アンケート調査

利用者への聞き取り等の結果（概要）

尼崎市立身体障害者デイサービスセンターを、現在利用されている方の代理人34名を対象にアンケート調査を行いました。施設から調査票を配付してもらい、回収は評価機関へ直接郵送する形を取り、20名の方から回答がありました。（回答率59％）

満足度の高い項目としては、

- (1) ●「本人のことが考えられて生活が送れるようになっている」
●「他人に知られたくない秘密を守るなど、本人のプライバシーは守られている」
について、90%の方が「はい」と回答、
- (2) ●「職員との関わりの中で、いやな思いをしたことはない」
●「トイレは清潔で気持ちよく使える。介助が必要な時すぐに対応してくれる」
について、80%以上の方が「はい」と回答、
- (3) ●「食事は、おいしく、楽しく、ゆったりと食べることができる」
について、75%の方が「はい」と回答、

という結果が出ています。

* 別紙報告書

福祉サービス第三者評価結果報告書【受審施設・事業所情報】 における項目の定義等について

①【職員・従業員数】

●以下の項目について、雇用形態（施設・事業所における呼称による分類）による区分で記載しています。

▶正規の職員・従業員

・一般職員や正社員などと呼ばれている人の人数。

▶非正規の職員・従業員

・パート、アルバイト、労働者派遣事業所の派遣社員、契約社員、嘱託などと呼ばれている人の人数。

②【専門職員】

●社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、介護支援専門員、訪問介護員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、保育士、社会福祉主事、医師、薬剤師、看護師、准看護師、保健師、栄養士等の福祉・保健・医療に関するものについて、専門職名及びその人数を記載しています。

③【施設・設備の概要】

●施設・設備の概要（居室の種類、その数及び居室以外の設備等の種類、その数）について記載しています。特に、特徴的なもの、施設・事業所が利用される方等にアピールしたい居室及び設備等を優先的に記載しています。併せて、【施設・事業所の特徴的な取組】の欄にも記載している場合があります。

	例
居室	●個室、2人部屋、3人部屋、4人部屋 等
設備等	●保育室（0才児、1才児、2才児、3才児、4才児、5才児）、調乳室、洗面室、浴室、調理室、更衣室、医務室、機能訓練室、講堂 等