

兵庫県福祉サービス第三者評価
評価結果報告書

施設名 : 尼崎市立身体障害者デイサービスセンター
(生活介護事業)

評価実施期間 2024年10月3日 ~ 2025年11月21日

実地(訪問)調査日 2025年2月21日

2025年11月21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：尼崎市立 身体障害者デイサービスセンター		種別：生活介護事業		
代表者氏名：小田 和史		定員（利用人数）：	20（25）名	
所在地：〒660-0052 兵庫県尼崎市七松町3丁目8番8号				
TEL：06-4869-5033		ホームページ： http://www.amashaji.jp/		
【施設・事業所の概要】				
開設年月日：平成14年8月1日				
経営法人・設置主体（法人名）：社会福祉法人 尼崎市社会福祉事業団				
職員数	常勤職員：10名	非常勤職員：	9名	
専門職員 ※（ ）はうち非常勤職員を明示	社会福祉士	2名	ホームヘルパー2級	1名
	介護福祉士	6（2）名	介護職員初任者養成研修	4（3）名
	看護師	3（2）名	介護職員実務者養成研修	1名
	介護支援専門員	1名		
施設・設備の概要	食堂		更衣室	4室
	浴室		トイレ	10カ所
	調理室		機械室	
	プール		事務室	
	介護室		乾燥（採暖）室	
	日常生活室		倉庫	2カ所

③ 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害者を対象に、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基づき、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の自立と社会参加を目指しています。

④施設・事業所の特徴的な取組

1. 施設職員や外部講師により、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5・6の方が9割を占める）、医療的ケア（経管栄養・喀痰吸引・導尿・吸入・緊急時預り酸素）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. 理学療法士（外部講師）による機能訓練を月2日実施し、利用者の身体機能や生活機能の維持向上に努めています。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 6年 10月 3日（契約日）～ 令和 7年 11月 21日（評価結果確定日）
受審回数 （前回の受審時期）	3回（令和 2年度）

⑥総評

- ◇特に評価の高い点
- **法人を中心に総合的な人事管理が行われ、働きやすい職場づくりの取り組みが進められています。**
法人の人事評価制度に基づき、各職員の勤務年数に応じて、期待する職員像を具体的に明記するとともに、人事に関するルールや方法が法人の規程集に明記されています。また、法人全体の研修計画に基づいて、職員に必要な専門技術や専門資格について、定期的に研修を実施したり、メンター制度等により日々のOJT（職務に応じた研修）を実施するなど、福祉人材の確保・育成について総合的な仕組みづくりが進められています。
 - **常時介護などの支援を必要とする利用者に対して、多職種の連携のもと、充実した個別支援が行われています。**
アセスメントはサービス提供管理者の責任のもとに、認定調査項目判断基準をもとにしたアセスメントシートを作成し、利用者の情報把握が行われています。個別支援計画は看護師やリハビリ担当者の意見を取り入れ、多方面からの計画作成に至っていることがうかがえました。また、常時介護を必要とする利用者が多い中、「ケアのポイント」を作成し、利用者が通所された時の医療的ケアに関するケアの手順や利用者個々の個別の対応についても明記され、多職種の協議により利用者のニーズに基づいた支援が行われています。
 - **利用者の意見や自己決定、主体的な意向を尊重する仕組みがうかがえ、利用者の希望する多様な日中活動が行われています。**
常時介護を必要とする利用者が多い中、みんなの会議（利用者自治会）を設置され、利用者の意見や自己決定、主体的な意向を尊重する仕組みがうかがえます。具体的には、利用者の発語や視線、行動などをデータとしてマニュアル化し、利用者の発語や理解度に合わせ、文字盤・マカトン・二択での提示などさまざまなコミュニケーションの方法を確立することにより、利用者の希望に沿った多様な日中活動を利用者が選択できるよう支援が行われています。

◇改善を求められる点

- **地域の関係機関との連携を通して、地域の福祉ニーズを把握することで、計画的に地域の福祉向上のための取り組みを明確にし、充実させていくことが望めます。**
地域との交流や参加はうかがえますが、地域の福祉ニーズや生活課題等の把握には至っていません。今後は、安定して利用者を確保するためにも福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、具体的に関係機関等との連携を図っていくことで、地域の福祉ニーズ等を把握し、更に計画的に地域の福祉向上のための取り組みを充実させていくことが重要です。
- **利用者の尊重や基本的人権への配慮について、明文化していくことで、利用者の権利擁護の仕組みを確立していくことが望めます。**
定期的に身体拘束適正化委員会・虐待防止委員会を開催するとともに、不適切な事例については、委員会等で検討されるなど、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、利用者の尊重や基本的人権への配慮など、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、利用者の権利擁護についてのマニュアルや規程を整備するとともに、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具体的な取り組みが望めます。
- **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の標準化が望めます。**
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。一方で業務の標準化に向けては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標準化には至っていません。今後は、医療的ケアの充実や生活環境の整備について標準化を図ることにより、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

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> ○ 「法人の運営理念」として、『市民福祉の向上と増進に寄与する。人が集い、笑顔あふれる法人を目指して。』を掲げられ、職員には、年度初めの職員会議を通じて、事業計画とともに周知されています。 ○ 今後は、法人理念と施設の基本方針の関連性を整理され、利用者や家族にわかりやすく伝えていくことが望まれます。		

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
<コメント> ○ 行政や生活介護事業ネットワークとの連携により、地域の政策動向や利用者の状況について把握されています。また、施設の状況については、毎月、利用者の状況や動向を把握・分析し、管理職会議で予算の執行状況を確認しています。 ○ 今後は、地域の福祉ニーズや潜在的利用者に関する情報をデータ化するなど、施設を取り巻く環境を明確に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> ○ 利用者の確保や設備の改善、医療的ケアへの対応などの経営課題について、職員会議や調整会議の中で協議し、中期運営計画、事業計画書の中で具体的な方針を明記されて、改善に取り組んでいます。		

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。	b
<コメント> ○ 法人として、平成31年度から中期運営計画を検討し、令和2年度から令和6年度の第2次中期運営計画を策定しており、運営方針や具体的な目標や取り組みを明確にされています。 ○ 今後は、事業計画を社会情勢に合わせて評価、見直ししていく仕組みを明確にしていくことが望まれます。		

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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 尼崎市立身体障害者デイサービスの年度事業計画には、第2次中期運営計画に沿って、利用者アンケートの結果を踏まえながら、研修、行事、体制など具体的な取り組みや数値目標が示されています。 		
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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 職員会議や調整会議において、各職員からの意見を集約し、事業計画の策定や評価が行われており、それに合わせて次年度の事業計画に活かしています。 ○ 今後は、事業計画の見直しの方法や手順を明確にし、PDCAサイクル（改善に向けたサイクル）を構築し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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 行事等の案内やお知らせについては、事前に利用者や家族に配布し、周知が行われています。また、事業計画等については家族との面談時や毎月の広報誌（ワンデイ・アマデイ）を活用して周知されています。 ○ 今後は、中期運営計画を含む事業計画について、分かりやすく説明した資料を作成するなど、利用者や家族に周知し、理解を深めていくことが望まれます。 		

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"> ○ 現在、福祉サービスの質については、利用者へのアンケートをもとに評価、チェックが行われ、ミーティングや調整会議等で検討し、サービスの質の向上に努めています。 ○ 今後は、定期的、継続的にサービスの質について自己評価を実施するとともに、評価結果を分析・検討する仕組みを構築していくことが望まれます。 		
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"> ○ 調整会議において、利用者アンケートや行事ごとに評価し、今後改善するポイントとして記載し、次年度の計画に活かしています。 ○ 今後は、評価結果にもとづき、取り組むべき課題を文書化することで明確にし、改善に向けたプロセスを明確にしていくことが望まれます。 		

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。	a
<コメント> ○ 管理者は、職員会議において、運営・管理に関する方針と取り組みを表明するとともに、役割分担票において、自らの役割と責任について明確にしています。また、管理者不在時におけるフローチャートを作成し、有事（災害、事故等）における管理者の役割と責任について、明確にしています。		
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、法人の管理職会議において遵守すべき法令や規則を確認し、法令遵守に努めるとともに、職員会議等を通じて、職員に周知されています。 ○ 今後は、福祉分野以外の法令や規則についても把握されリスト化するなど、施設に必要な法令や規則を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
<コメント> ○ 管理者は、虐待防止委員会や不適切ケアについて、毎週金曜日の調整会議で話し合い、サービスの質の現状について把握し、必要な研修を実施するとともに、改善に努めています。 ○ 今後は、自らサービスの評価を行う機会を作るとともに、福祉サービスの質に関する課題を把握し、改善のための具体的な取り組みを明示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。	b
<コメント> ○ 労務については、主任と連携し、個別の事情に応じた勤務配慮や看護体制の拡充など、働きやすい環境整備等に取り組んでいます。財務については、法人で一括処理されており、定期的に資金収支計算書により確認が行われています。 ○ 今後は、運営の改善や業務の実効性について、法人本部と連携のもと具体的に検討する仕組みを構築していくことが望まれます。		

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"> ○ 指定管理制度において尼崎市と契約締結の際に人員体制について取り決めを行い、法人において、資格取得奨励制度やメンター制度を活用した人材育成を実施するとともに、人材募集パンフレットを作成し、関係機関や実習生等に配布するなどの人材確保が行われています。 ○ 今後は、長期的なビジョンを踏まえた人材確保・育成に関する具体的な計画を策定していくことが望まれます。 		
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"> ○ 法人の人事評価制度に基づき、各職員の勤務年数に応じて、期待する職員像を具体的に明記するとともに、人事に関するルールや方法が法人の規程集に明記されています。また、自己申告書や職員面談等により各職員の現状を把握し、人事異動や職場改善に向けた取り組みを実施し、総合的な仕組みづくりが行われています。 ○ 今後は、採用、配置、異動等に関する基準を明確にしていくことで、さらに人事に関する仕組みを充実させていくことが期待されます。 		
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組んでいる。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 福利厚生について、尼崎市の中小企業共済制度に加入し、ハラスメントに関する相談窓口やノー残業デイを設置するなど、ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組が行われています。 ○ 今後は、福祉人材の確保、定着の観点から、組織の魅力を高める取り組みの充実が望まれます。 		
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
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"> ○ 法人において、人事評価制度を構築しており、自己申告書や職員面談等により職員一人ひとりの育成に向けた目標管理が行われています。今後は、非正規職員の育成に向けた取り組みを明確にしていくことが期待されます。 		
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"> ○ 法人全体の研修計画に基づいて、職員に必要な専門技術や専門資格について、定期的に研修を実施したり、資格奨励制度を用いて、資格取得の支援が行われています。具体的には、喀痰吸引研修や救急救命講習等、利用者支援に必要な研修の充実が図られています。 ○ 今後は、定期的に研修計画やカリキュラムを見直す仕組みを構築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。	a
<p>〈コメント〉</p> <p>○ 新任職員については、採用時研修を実施し、その後メンター制度等により日々のOJT(職務に応じた研修)を実施しています。また、各職員に必要な知識・技術向上のため、職員会議や研修会等で、内部の勉強会を開催し、利用者のニーズに照らし合わせながら、提供できるサービスの幅を拡げられるように職員一人ひとりの教育・研修の機会の確保に努めています。</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>○ 実習生受け入れ要綱を整備し、必要に応じて看護師の実習など専門職の教育・育成を行う体制を整備しています。</p> <p>○ 今後は、実習の受け入れに関する基本姿勢を明確にするとともに、専門職種の特性に応じた実習プログラムやマニュアルの整備していくことが望まれます。</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
<p>〈コメント〉</p> <p>○ 法人のホームページに基本理念や基本方針、福祉サービスに対する内容、決算情報などが公開されています。また、地域連携会議において、施設・事業所の存在意義や役割について説明されています。</p> <p>○ 今後は、さらに第三者評価の結果や苦情・相談など事業所としての取り組み状況についても公表するなど、運営の透明性を確保していくことが望まれます。</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> <p>○ 法人の規程により、職務分掌、権限、事務、経理に関するルールが定められており、職員に周知しています。また、社会保険労務士によるアドバイスを受けるとともに、法人事務局や尼崎市の指定管理者としての指導・監査を受け改善に努めています。</p>		

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"> ○ 事業計画の目標に地域との関わりについての基本的な考え方を掲げ、社会参加活動として、近隣への買い物やクリーンハイキング、尼デイバーカリーを通じて地域との交流が行われています。また、近隣の大学やインフォーマルサービス等を活用し、利用者のニーズに照らし合わせながら、交流の機会を設けています。 ○ 今後は、活用できる社会資源や地域の情報を収集し、利用者への情報提供をすすめ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。	c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 地域ボランティアによるアンサンブル演奏など、定期的に近隣地域との交流を行っていますが、ボランティア受入れについての基本姿勢や仕組みについての明文化は確認できませんでした。今後は、ボランティアの受け入れに関する基本姿勢受け入れに関するルールを明確にし、マニュアルを整備していくことが必要です。 		
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。	c
<p><コメント></p> <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の参加はうかがえますが、関係機関との連携についての仕組みは確認できませんでした。今後は、福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、具体的に関係機関等との連携を図っていく仕組みを構築していくことが望まれます。 		
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 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。	c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 地域との交流や参加はうかがえますが、地域の福祉ニーズや生活課題等の把握には至っていません。今後は、法人との連携のもと、地域の福祉ニーズ等を把握するための取り組みが必要です。 		
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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 温水プール事業やクリーンハイキング、福祉避難所としての取り組みを通じて、地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われています。 ○ 今後は、地域の福祉ニーズを把握することで、更に計画的に地域の福祉向上のための取り組みを明確にし、充実させて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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 中期運営計画の中に利用者を尊重する姿勢を示され、全体会議の中で周知が図られており利用者本位のサービスや利用者の意思決定を尊重されるよう取り組みされていることがうかがえます。 ○ 今後は、利用者の尊重や基本的人権への配慮について、標準的な実施方法に明記するとともに、定期的に研修等を実施することで、利用者の権利を高めていく取り組みが望まれます。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 身体拘束適正化委員会・虐待防止委員会の設置がうかがえ、権利擁護の姿勢が確認できました。また、排泄介助など羞恥心を伴う介助の際はカーテンなどを利用し、利用者のプライバシーに配慮する姿勢がうかがえました。 ○ 今後は、施設での生活や活動におけるプライバシー保護についての考え方を明示し、利用者や家族に周知するとともに、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"> ○ 事業所案内のパンフレットを準備され、絵や図を使用してわかりやすい慮が行われています。また、利用者の見学や体験依頼にも対応し、利用希望者への丁寧な説明がうかがえます。 ○ 今後は、パンフレットなどの見直しの時期の設定と事業所案内を多くの人々が入手できる場所へ設置することが望まれます。 		
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、契約書、重要事項説明書を用いて、家族の同席のもと利用者の特性や理解度に合わせて、利用者の自己決定を尊重した説明をされており、同意を得ていることがうかがえます。 ○ 今後は、利用者や家族等がさらに理解しやすいよう、意思決定が困難な利用者への配慮について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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 契約終了時には、引継ぎ資料を作成し情報提供が行われ、サービスの継続性に配慮していることがうかがえます。また、口頭でアフターケアや相談を行う旨を伝えられています。 ○ 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"> ○ 利用者満足については、利用者にアンケート調査を実施し、利用者会（みんなの会）で出た意見を検討し、満足度や希望の把握に努められています。 ○ 今後は、アンケートや利用者会などで把握した満足度の結果を分析・検討するために、利用者参画のもと検討していく機会を設けることが望まれます。 		
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"> ○ 福祉サービスに関する苦情解決体制が定められ、受付者から担当者につなぐ仕組みがうかがえます。また、意見箱を玄関に設置し、匿名性の高い意見や施設に直接上げにくい意見の吸い上げにも努められていることがうかがえます。 ○ 今後は、苦情内容及び解決結果などについて、利用者や家族などに配慮した形で、ホームページや広報誌などで公表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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 相談をしやすいよう、プライバシー配慮された相談スペースを設けられています。 ○ 今後は、意見や相談が行えることを示した文書を作成し、配布や掲示する取り組みが望まれます。 		
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"> ○ 意見箱に入った書面や利用者や家族からの相談があった際には記録を残し、返答に時間がかかる際を含め、対応と状況説明を行う姿勢がうかがえます。また、福祉サービスの質の向上につながる事例として医療ケア者の入浴課題を克服し、ニーズに答えた事例がうかがえました。 ○ 今後は、相談対応マニュアルを整備するとともに、相談記録時の書面や手順、記録の書き方に関する取り決めを明確に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。	b
<コメント> ○ 所長を責任者として、「事故発生時の対応について」でリスクマネジメントに対する姿勢が明示されています。また、ヒヤリハット事例や他法人での不適切事案を全職員が共有できるよう配慮しています。 ○ 今後は、事故発生時の対応と安全確保について責任、手順（マニュアル）等を明確にし、職員に対して、安全確保・事故防止に関する研修を実施していくことが望まれます。		
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。	b
<コメント> ○ 看護マニュアルを作成し、看護師が中心となって、感染症の予防と発生時等の対応について職員に周知していることがうかがえます。具体的には、汚物対応セット（エプロン・手袋等）を常備し、館内のアルコール消毒など予防策を講じています。 ○ 今後は、定期的に感染症の予防や安全確保に関する勉強会等を開催していくことが望まれます。		
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> ○ 防災マニュアル・福祉避難所開設マニュアルに災害時における組織体制や避難方法、利用者及び職員の安否確認の方法を定め、明示されています。また、災害時の備蓄をはじめ、法人や尼崎市等と連携して、消防署との合同避難訓練を実施するなど、災害時における利用者の安全確保に努められています。		

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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 標準的な実施の方法について各種業務マニュアルにて定め、全体職員会議で周知が行われています。また、個別の配慮については「ケアのポイント」を作成し、周知されています。 ○ 今後は、利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢を含めた標準的な支援マニュアルの整備が望まれます。 		
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"> ○ 標準的な実施方法の見直しは、年に1回程度の見直しと、随時マニュアルを回覧し、気が付いた点を加筆されています。また、見直しにはカンファレンスの内容や職員や利用者の意見を取り入れる仕組みがうかがえました。 ○ 今後は、見直し時期、手法の明確化と検証・見直しにあたり、個別的な支援計画の内容が反映される仕組みづくりが期待されます。 		
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。	a
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ アセスメントはサービス提供管理者の責任のもとに、認定調査項目判断基準をもとにしたアセスメントシートを作成し、利用者の情報把握が行われています。個別支援計画は看護師やリハビリ担当者の意見を取り入れ、多方面からの計画作成に至っていることがうかがえました。また、医療的ケアが必要な方等、困難なケースについては、研修への参加をもとに職員間で支援方法を見直し、対応にあたっています。 		
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。	a
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 個別支援計画の評価・見直しの時期を定め、利用者・家族の同意のもと職員に回覧周知する仕組みがうかがえます。また、利用者の健康状態や生活環境の状況変化に合わせて緊急的に計画を変更する仕組みが確立しています。 		
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"> ○ サービスの実施状況を実施報告書やケアのポイント、介護記録に記録され、朝、夕のミーティングと月1回のチーム会議を通して、介助員・看護師など多職種により支援の方針などを共有されています。 ○ 今後は、パソコンのネットワークシステムの活用や記録要領の整備を通して、事業所内で情報を共有する仕組みの構築が望まれます。 		

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"> ○ 法人の規程集で個人情報の取り扱いについて明記され、職員に対しては、個人情報の同意書の説明と取り扱いの注意喚起が行われていることがうかがえますが、利用者の情報の廃棄方法の明示は見られず、記録管理者の明示までにはうかがえませんでした。 ○ 今後は職員への個人情報保護研修の実施と文書の取り扱いの規程を職員と読み合わせする機会の設け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

- みんなの会議（利用者自治会）を設置され、利用者の意見や自己決定、主体的な意向を尊重する仕組みがうかがえます。具体的には、利用者の主体的な話し合いを通して、テレビの利用について話し合った事例がうかがえました。
- 権利侵害の防止については、身体拘束適正化委員会・虐待防止委員会を設置し、職員全員が認識を統一したうえで、ミーティングや会議の中で気になることについて共有しています。
- 今後は、利用者の権利擁護についてのマニュアルや規程を整備するとともに、取り組まれている権利擁護の取り組みを利用者や家族など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。	a
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。	a
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。	a
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

- 利用者の発語や視線、行動などをデータとしてマニュアル化し、利用者の発語や理解度に合わせ、文字盤・マカトン・二択での提示などさまざまなコミュニケーションの方法が準備され、活用されています。
- みんなの会議から出た利用者の希望により活動プログラムの多様化が図られ、利用者の希望する日中活動を利用者が選択してもらえるよう取り組まれています。
- 重複障害や行動障害など障害特性や身体状況に関する研修を幅広く受講し、さまざまな障害特性のある利用者への対応が行えるよう、職員配置や利用者間の配置など調整が行われていることがうかがえました。
- プール、入浴、食事など介助の必要な利用者が多く、ケアのポイントを作成して手法と見守りの利用者ごとの定めを行い、利用者の自立を促しながら支援を行っていることがうかがえます。
- 活動室の各所にベッドやカーテンスペース、壁向きスペースを設置し、利用者の個別スペースが確保され、快適性と安心・安全に配慮した活動環境が確保されています。
- 理学療法士が3か月に1回チェックや指導を行い、毎日の活動の中で体操や動作による機能訓練・生活訓練が行われていることがうかがえます。また、個別支援計画作成の際にも専門職の意見を取り入れ計画作成が行われていることがうかがえます。
- 医療的ケアが必要な利用者を受け入れられ、医師の指示を基に支援・対応が行われていることがうかがえます。また、看護師を手厚く配置することで、医療的ケアはすべて看護師が対応しています。
- 地域の福祉団体の活動（ベーカリー）やパラスポーツの情報提供など、利用者が社会参加や学習や体験の機会が生まれるよう取り組みが行われています。
- 家族懇談会が行われ、家族の意見を聞き取り、意見交換を行う仕組みがうかがえます。また、家族の介護負担増や高齢化に伴い、行政手続きの補助や相談支援専門員への連絡代行など家族の支援にも努められている取り組みがうかがえます。
- 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、医療的ケアの充実や活動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、利用者の生活意欲の動機付けや意思決定について支援していく具体的な取り組みが期待されます。

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

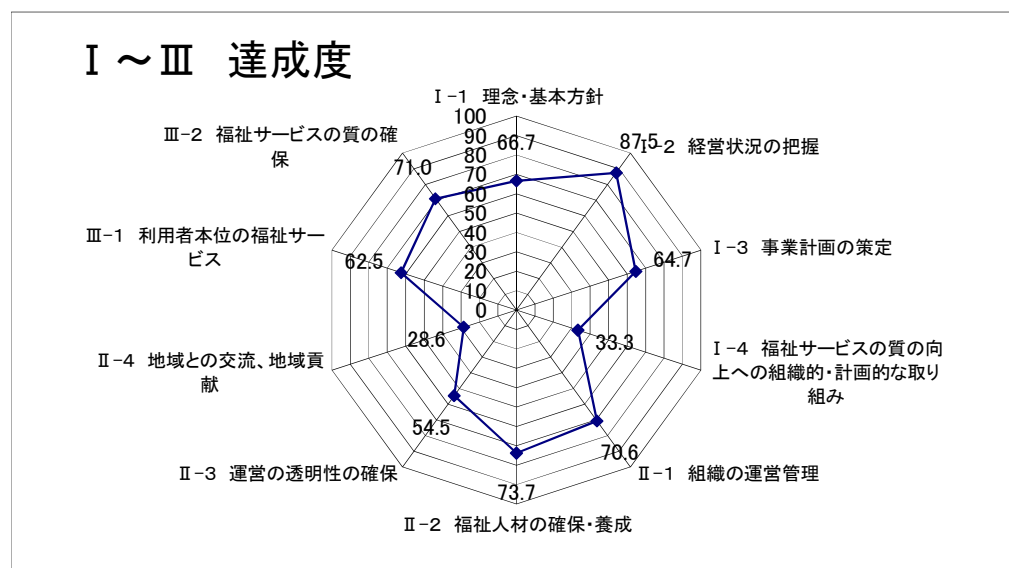
--

(別紙2)

各評価項目に係る評価結果グラフ

I～III 達成度

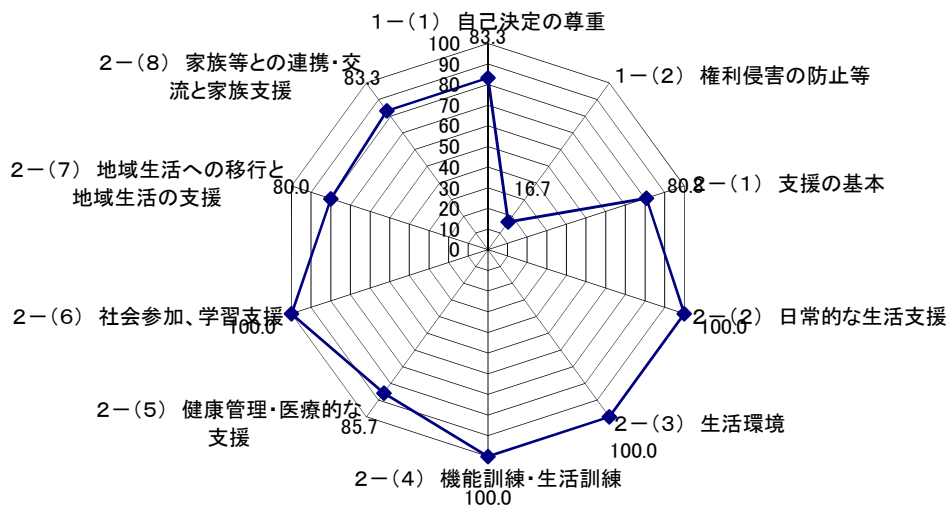
	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
I-1 理念・基本方針	6	4	66.7
I-2 経営状況の把握	8	7	87.5
I-3 事業計画の策定	17	11	64.7
I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取り組み	9	3	33.3
II-1 組織の運営管理	17	12	70.6
II-2 福祉人材の確保・養成	38	28	73.7
II-3 運営の透明性の確保	11	6	54.5
II-4 地域との交流、地域貢献	21	6	28.6
III-1 利用者本位の福祉サービス	64	40	62.5
III-2 福祉サービスの質の確保	31	22	71.0
	222	139	62.6



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	1	16.7
2-(1) 支援の基本	26	21	80.8
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	4	100.0
2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援	5	4	80.0
2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援	6	5	83.3
	75	61	81.3
	297	200	67.3

A 達成度



福祉サービス利用者調査票（通所施設用）

事業所名 尼崎市立障害者デイサービスセンター

回答者数 15名/25名中

あなたの気持ちに最も近い番号に1つだけ○をおつけください。

☆ 施設での日常 生活の満足度についておたずねします。

問1	施設の食事には、満足していますか。	満 足 している	満足して いない	その日に よって違う	その他
		7名	1名	5名	1名

《食事に関する意見及び満足度の理由》

- ・胃瘻のため
- ・給食メニューとカロリーが表示してあるので食事量の調整が必要なため大変ありがたく助かっています。調整にも対応してもらえてありがたいです。
- ・この日の体調や気分、好き嫌いなどによって食事料がかかるため。

問2	トイレ（排泄）は使いやすいですか。	使いやすい	使いにくい	場所によ って違う	その他
		8名	1名	2名	3名

《トイレに関する意見及び満足度の理由》

- ・おしめのため
- ・タイル張りなのでないです。
- ・利用している様子がわからないため本人が尿意をもよおした際に介助してもらって利用している。
- ・おむつのため。

問3	昼間の活動プログラム（作業や訓練など）には満足して いますか。	満 足 している	満足して いない	その日に よって違う	その他
		11名	0名	1名	3名

《活動に関する意見及び満足度の理由》

- ・流れ作業がいやです。
- ・入浴する部屋の空調が寒い。

問4	施設の行事やレクリエーションには満足していますか。	満 足 している	満足して いない	その時に よって違う	その他
		13名	0名	2名	0名

《行事レクリエーションに関する意見及び満足度の理由》

- ・コロナ前や数年前に比べると外出回数は減っていると思うが出来る限りのレクリエーションを考えていただいていると思う。

問5	施設の設備には満足していますか。	満 足 している	満足して いない	場所によ って違う	その他
		12名	0名	2名	0名

《設備に関する意見及び満足度の理由》

- ・その都度、職員の方から説明もあり本人も良い方向で対応して頂いています。
- ・施設は古いですが清潔である。

☆ 施設での生活の自由についておたずねします。

問6	余暇活動やレクレーションなど、施設から外出すること がありますか。	ある	ない	その時によ って違う	その他
		10名	1名	2名	0名

《外出に関する意見》

- ・年に1～2度であり近いところでもよいのもっと回数を増やしてほしい。
- ・外の空気を季節によって違うのを味わえればよいなと思います。近所の人にも顔見知りになり、笑顔が交わせるようになればうれしいです。
- ・自由に外出できる訳ではない。車イス移動もあるので余暇活動レクリエーションの際は希望に応じて外出できている。

問7	テレビ・雑誌・新聞・ビデオなどを見たり読んだりする ことができますか。	できる	できない	読まない	その他
		8名	2名	1名	2名

《テレビや雑誌など情報収集に関する意見》

- ・当方はそれらを理解できないので不用である。
- ・テレビは1人の人が独占しているの見れない。
- ・テレビやビデオは利用者さんと譲りあいながら利用していると聞いている。
- ・特に施設にいる際に、テレビ・雑誌・新聞・ビデオを必要としていない。見る事はできるが、読むことは能力的にできない。施設の活動参加で満足している。

問8	作業工賃や小遣い等必要なお金については、自分で使う ことができますか。	使える	使えない	わから ない	その他
		11名	0名	0名	0名

《お金（所持金）に関する意見》

- ・丁寧に送迎車に座らせてもらっている。
- ・車の空調が寒い。
- ・時間に大きな変更もなくまた、変更のある時は事前に打診してもらっているし満足している。

問9	地域の人やボランティアと交流すること（機会）があり ますか。	ある	ない	たまに ある	その他
		5名	3名	5名	0名

《交流に関する意見》

- ・音楽会やプールで地域の方と会ってコミュニケーションをとっている。

☆ 施設での支援や介助についておたずねします。

問10	服装、髪型、化粧やアクセサリーなど「おしゃれ」につ いての支援や介助が受けられますか。	支援がある	支援が ない	その時によ って違う	その他
		4名	4名	1名	6名

《おしゃれなどに関する意見》

- ・当方はそれらを理解できないので不用である。
- ・ブローチやつめなど考えることもありますが、本人がなめたり針にさわったりしてケガをしたり他の利用者さんに迷惑を掛けたりしないかと思うと限られるのは仕方ないなと思っています。
- ・髪の毛が多いので入浴後は結ってほしいです。つめをきってほしいです。
- ・家から着ていく服装のみで他におしゃれの支援を受ける必要がない。

問11	体調が悪い時はすぐに対応してくれますか。	診てくれる	診てくれない	その時によって違う	その他
		15名	0名	0名	0名

《健康管理に関する意見》

- ・どの施設でも言えることですが女性の職員の人とは話しやすいです。
- ・家庭からの健康観察のお願いや普段と少しでも変化があれば母に連絡を入れてくれるなど対応は十分だと思う。
- ・体調に変化があれば随時対応、連絡もあるのでありがたい。

問12	支援についてあなたの意見や希望を聞いてくれますか。	聞いてくれる	聞いてくれない	職員によって違う	その他
		13名	1名	0名	1名

《支援の希望に関する意見》

- ・当方はそれらを理解できないので不用である。
- ・意見や要望はできる限り対応してくれる。
- ・本人の希望も含め、親の方や支援についても話を聞いて対応してもらっている。

問13	施設でのあなたの計画（支援計画）は、ありますか。	ある	ない	わからない	その他
		15名	0名	0名	0名

《支援計画に関する意見》

- ・支援に関する個人計画支援も受けていますので満足しています。
- ・その時期によってメンタル的なところが変わるので目標や希望などと合わせて細かく計画を設定している。
- ・本人と家族とで短期・長期目標をたて取り組んでいただけている。とてもありがたいです。

☆ 施設での職員の対応や苦情対応、人権の配慮についておたずねします。

問14	職員の説明や話はわかりやすいですか。	わかりやすい	わかりにくい	職員によって違う	その他
		13名	0名	1名	0名

問15	職員は、すぐに対応してくれると感じますか。	すぐ対応してくれる	対応してくれない	職員によって違う	その他
		12名	0名	1名	1名

問16	あなたに対する職員の姿勢（対応）は満足ですか。	満足している	満足していない	職員によって違う	その他
		12名	0名	1名	1名

《職員の対応に関する意見》

- ・どの職員の方も丁寧で向き合いながら対応して下さっていると感じる。
- ・連絡帳などに質問などを書くとすぐにでんわ、または送迎時に回答していただけるのでありがたいです。細やかな気配りをいつも感じています。

問17	施設においてあなたの情報（秘密）が洩れていることはありますか。	洩れていない	洩れている	わからない	その他
		10名	0名	4名	0名
《守秘義務に関する意見》					

問18	施設がもっている自分の情報や記録は見る事ができますか。（方法を知っていますか）	見る事ができる	見る事ができない	わからない	その他
		5名	0名	9名	0名
《情報公開に関する意見》					
<ul style="list-style-type: none"> ・写真が載るときは親の方に一言声かけがあります。 ・毎年更新する個人情報は見れると思うが他の情報として計画や支援方法の公開される情報以外に何があるのかわからない。 					

問19	就職活動の支援を受けることができますか。	受ける事ができる	受ける事ができない	わからない	その他
		2名	1名	9名	2名
《就職に関する意見》					

問20	過去に職員や利用者にはやなことをされたことはありますか。（例：体罰、暴力、文句、無視など）	ある	ない	わからない	その他
		1名	10名	3名	0名

問21	今、施設のなかで、困っていること（苦情）はありますか。	ある	ない	わからない	その他
		2名	11名	2名	0名

問22	施設のなかで、困っていること（苦情）を相談できますか。	相談できる	相談できない	わからない	その他
		12名	1名	2名	0名

問23	困ったこと（苦情）を施設や家族以外の人（第三者委員など）にも相談できますか。	相談できる	相談できない	わからない	その他
		9名	1名	4名	0名
《苦情に関する意見》					
<ul style="list-style-type: none"> ・苦情があれば相談員さんには相談できると思う。 					

男女比		男:	8	女:	4			
障害種別	手帳なし	0	1級・A	2級・B1	3級・B2	4級	5級	6級
	身体	14	14	0	0	0	0	0
	療育	12	12	0	0			
	精神	1	0	0	0			

その他、ご利用のサービスについてご意見やお気づきのことがありましたらお書きください。

利用者のコメント

- ・とても寄り添った温かい支援と相談にも対応して頂いて感謝しております。
- ・利用時間が短いので特に帰りがもう30分でも遅ければうれしいです。
- ・連携などセンターと家族でラインができるとありがたいです。
- ・全体的に丁寧に細かく見ていただけていると思っている。少しでも何かあればすぐにTELで様子を伝えてくれるので把握しやすい。母の情報共有でむずかしい不安定な時期をなんとか落ち着かせて楽しく活動できるようにして下さっているのが大変ありがたく思っている。

