

兵庫県福祉サービス第三者評価
評価結果報告書

施設名 : インクルージョンひょうご

(生活介護・神戸市重症心身障害者日中活動支援事業)

評価実施期間 2018年8月20日 ~ 2019年3月31日

実地(訪問)調査日 2018年11月30日

2019年3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

^

^

C

C

^

^

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：インクルージョンひょうご		種別：障害福祉サービス事業	
代表者氏名：村山 盛光		定員（利用人数）： 20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：	12名	非常勤職員： 3名
専門職員 ※（ ）は非常勤職員を指す	施設長	1名	生活支援員 7名
	支援課長	1名	看護師 4（3）名
	総務課主任	1名	理学療法士 1名
施設・設備の 概要	デイルーム	1	会議室 2
	便所	4	機能訓練室 1
	配膳室	1	ロビー 1

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 style="text-align: center;">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た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 <p style="text-align: center;">〈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

- ・ワンストップサービス
窓口ひとつで色んなサービスを利用して頂くことで、利用者と家族が住み慣れた地域で安心して暮らせるように、その生活を支えるアクシス（主軸）となります。
- ・重症心身障害者対応
最も支援を必要とする最後の一人の生活を支えるべく、医療的ケアが必要な方にも安心してご利用いただける事業所を目指します。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 30年 8月 20 (契約日) ~ 平成 31年 3月 31日 (評価結果確定日)
受審回数 (前回の受審時期)	2回目 (前回の受審時期: 2015年度)

⑥総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>○ 医療的ケアなど最も支援を必要とする方に対して、利用者の状況に合わせた支援の提供が行われています。</p> <p>医療的ケアなど最も支援を必要とする方に対して、身体機能を維持するために理学療法士がサービス実施計画を作成し、それに沿った器具の導入や、日々体調管理の取組が行なわれ、安全に施設で過ごすことができる環境が整っています。特に、充実した療法士や看護スタッフのもと、利用者の健康状態を把握し、必要に応じてリハビリや医療ケアの個別指導が行われています。</p> <p>○ 利用者の意思を尊重した取り組みが行われています。</p> <p>意思表示が困難な利用者は、コミュニケーション機器の利用や顔などの表情や身振り手振りなどから意思の確認が行われ、利用者の意思を確認しながら、利用者が希望する活動の支援を行っています。</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>◇改善を求められる点</p> <p>○ 利用者本位や利用者支援に関する仕組みづくりが望まれます。</p> <p>具体的な支援の提供場面では、細かな支援をされていることを確認出来ましたが、その支援をチームで支援していくためには、各場面において支援の目的やねらいを明確にし、ベースとなる標準的な支援方法（スタンダード）を確立していくことが大切です。今後は、個利用者本位の視点から整理・見直しをされ、取り組まれている内容を明確化・具体化するなどして、見える化の仕組みを整備することが望まれます。</p> <p>○ サービス実施計画を作成するにあたり、PDCAサイクルの仕組みの理解が必要です。</p> <p>サービス実施計画を作成するにあたり、モニタリングは行われていましたが、再アセスメントが行われていませんでした。今後は、アセスメントから、計画の作成、実施、評価、見直しに至るプロセスを定め、ケアマネジメントサイクルにもとづいた計画策定が望まれます。</p>
--

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

<p>・考えていた以上に厳しい結果でした。</p> <p>特に重心事業所として力を注ぎ、強味として捉えていた健康管理・医療的な支援についての達成度が低く、愕然とした感があります。</p> <p>・マニュアルについて：マニュアルがあってもその先が大切であることが理解できました。マニュアルがあらゆることを網羅する必要があるのではとも感じたが、その対応は現実的には困難であるように思う。</p>

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

※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〉 ○ 利用者を尊重した福祉サービス提供について、「ひょうごデイ業務マニュアル」に基本理念などが明示され、全職員に配布されています。 ○ 今後は、配布されたマニュアルについて共通の理解を持つために周知する工夫を明確にすることが望まれます。		
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
〈コメント〉 ○ プライバシー保護のために、カーテンや衝立を利用して排泄介護などが行われています。また、年に2回の虐待防止セルフチェックを行ったり、サービスの提供の方法に課題が見られる職員には上司が直接対応するなど、利用者の権利擁護に配慮されています。 ○ 今後はプライバシー保護と権利擁護に関する取り組みについて利用者、家族に周知する取り組みが望まれます。		
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〉 ○ 公の場所にパンフレットなどを設置し、利用希望者に必要な情報提供が行われています。また、見学に際しては丁寧な説明が行われていることがうかがえました。 ○ 今後は、パンフレットなど、提供する情報の定期的な見直しを行うことが望まれます。		
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
〈コメント〉 ○ サービスの利用開始にあたり、わかりやすく説明され、利用者の同意が得られるように対応されています。 ○ 今後は、意思決定が困難な利用者に対して、適切な契約を行うために手順や方法を組織として、定め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"> ○ 事業所の変更などの場合は、医療的ケアの内容を含めた引き継ぎが行われています。 ○ 今後は、福祉サービスの継続性に配慮した対応を行うために、引き継ぎの手順と様式を定めることが望まれます。 		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 年に1回、満足度調査を行うとともに、連絡帳や面談時に聞き取りを活用して利用者満足について把握する取組が行なわれています。 ○ 今後は、満足度調査の分析において、利用者も参加し検討する仕組みづくりが望まれます。 		
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"> ○ 苦情解決の仕組みが確立され、検討内容や対応策についても公表されています。 ○ 今後は、苦情解決の仕組みについて、利用者や家族にわかりやすく掲示することが望まれます。 		
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"> ○ 会議室やサロンを利用して、利用者や家族がいつでも相談できる場所が確保されています。 ○ 今後は、利用者や家族が相談先を選択できたり、意見を述べやすい環境があることを明示する工夫が望まれます。 		
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"> ○ 意見箱や連絡帳を活用して、利用者からの意見や要望に対して迅速に対応されています。 ○ 今後は、サービスの質の向上に向けて、対応マニュアルなどの整備し、施設で統一された相談を行う仕組みづくりが望まれます。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 月に1回、リスクマネジメント会議の中で、事故防止に向けた対応が行なわれています。 ○ 今後は、利用者の安全、安心を確保するために、マニュアルを整備するとともに定期的な研修を開催する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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 感染症対策マニュアルが整備され、マニュアルに沿った感染症対策が行なわれています。 ○ 今後は、感染症対策を担当する責任者を明確にすることや感染症発生時の利用者の安全確保について、組織としての体制を明確に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やっている。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 避難訓練は年に2回実施され、災害備蓄用品を活動場所の近くに整備され、安全を考慮しています。 ○ 今後は、利用者の安全確保のために、防災計画を整備し、地元の各機関の緊急連絡方法を確立す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
〈コメント〉 ○ ひょうごデイ業務マニュアルに食事や排泄などのマニュアルが整備され、排泄時のおむつ交換には衝立を利用し、プライバシーの保護が行なわれています。 ○ 今後は、標準的なサービス実施方法についての定期的な研修や、マニュアルに基づいたサービスが実施できているかを確認する取組が望まれます。		
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
〈コメント〉 ○ ひょうごデイ業務マニュアルについては、年度末に見直しています。 ○ 今後は見直しに当たり、福祉サービスの質の向上のために職員や利用者の意見が反映される仕組みづくりが望まれます。		
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
〈コメント〉 ○ サービス実施計画の責任者は、支援課長が担当されています。また、様々な職種の職員との合議を通じて、策定されていることがうかがえました。 ○ 今後は、アセスメントの仕組みを明確にされ、計画の作成、実施、評価、見直しに至るプロセスを定め、ケアマネジメントサイクルにもとづいた計画策定が望まれます。		
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〉 ○ 福祉サービス実施計画の見直しは、半年に一度行なわれています。また、体調不良などが続く利用者については緊急に変更され、利用者に応じた実施計画が作成されています。 ○ 今後は、福祉サービス実施計画の見直しをマニュアルに反映していくことが重要です。		
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〉 ○ 利用者の身体状況など細かな記録が行なわれ、永久保存されています。 ○ 今後は、利用者に関する情報の共有化について、決められた方法で伝達されるように工夫することが望まれます。		
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〉 ○ 法人による文書管理規程などに個人情報の扱いが明記され、ケア記録は、鍵のかかる書庫に保管されています。 ○ 今後は、個人情報の適正な取り扱いの（個人情報保護と情報開示）の研修や個人情報の取扱いについて、利用者や家族に継続的に説明するとともに、職員へ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"> ○ 利用者に対して、職員の対応は丁寧で、サービス実施計画に基づいた自己選択や自己決定を尊重した支援の提供が行なわれています。 ○ 施設が積み上げてきた環境に関する配慮（室温や湿度調整）が行なわれ、障害に応じた環境整備がなされています。 ○ 法人が開催する虐待防止勉強会や事例検討会に職員が参加し、研修が行われています。 ○ 今後は、生活に関わるルールなど利用者と話し合うなど、利用者の意向を尊重するための研修が望まれます。
--

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。	a
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。	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

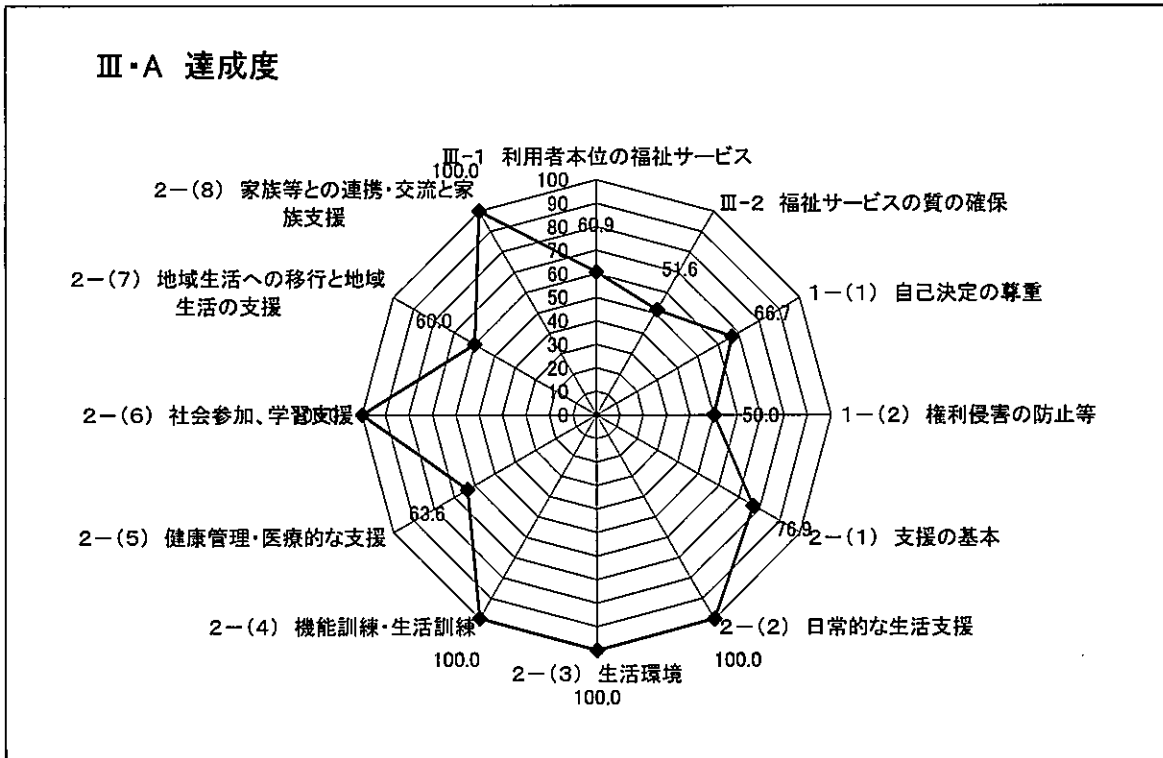
A⑫	A-2-(5)-② 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。	b
A-2-(6) 社会参加、学習支援		
A⑬	A-2-(6)-① 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。	a
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援		
A⑭	A-2-(7)-① 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。	b
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援		
A⑮	A-2-(8)-① 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている	a

特記事項

- 個別支援マニュアルが整備され、マニュアルに沿った支援の提供が行なわれています。機能訓練等も理学療法士がサービス実施計画を作成し計画に沿って実施されています。3ヶ月ごとに見直しがされています。
- 食事は嗜好調査が行われ、希望するメニューの提供や利用者にあった食事形態の検討も行われています。
- 快適な生活のために看護師が中心になり、健康チェックや排泄、体位変換などが行われています。
- 社会参加への動機付けがされており、そのための見守り支援が行われています。また、展示会などに創作活動の作品を出展したり、近くのスーパーに水分補給の水を買い物に行くなど体験を増やす取組が行なわれています。
- 意思表示が困難な利用者は、コミュニケーション機器の利用や顔などの表情や身振り手振りなどから意思の確認が行われ、安心して支援を受けることができます。
- 日中活動はサービス実施計画に基づき個別活動の時間に希望しているプログラムに参加することができます。
- ショートステイの利用など、福祉サービスや地域生活に必要な情報を施設から提供し、必要に応じて関係機関と調整会議を行い、具体的な生活環境への配慮がされています。
- 連絡帳などの活用を通して、施設と利用者・家族が連絡を取り合っています。また、理学療法士と家族が相談することを通して、利用者の自宅での動きなど理学療法士から家族へ提案が行われています。
- 利用者の意思を尊重する取組みが行われていますが、利用者の意思決定を支援する仕組みを明確にすることが望まれます。
- 現在は、豊富な医療スタッフにより支援が行われていますが、利用者の健康状態の把握と体調変化時の対応等について、新任研修時の研修にとどまらず定期的な研修の開催が望まれます。

Ⅲ・A 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス	64	39	60.9
Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保	31	16	51.6
1-(1) 自己決定の尊重	6	4	66.7
1-(2) 権利侵害の防止等	6	3	50.0
2-(1) 支援の基本	26	20	76.9
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	11	7	63.6
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	6	100.0
	174	117	67.2



•
•

C

C

•
•

1
2

C

C

3
4