

兵庫県福祉サービス第三者評価  
評価結果報告書

施設名：神戸聖生園

(生活介護事業)

評価実施期間 2022年5月23日～2023年3月31日

実地(訪問)調査日 2022年12月8日

評価決定委員会開催日 2023年4月10日

2023年5月1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：神戸聖生園	種別：障害福祉サービス事業 生活介護事業		
代表者氏名：西郷 昌一	定員（利用人数）：	60	名
所在地：〒654 - 0142 兵庫県神戸市須磨区友が丘1丁目1			
TEL：078-791-2001	ホームページ： <a href="http://www.kobeseirei.or.jp">http://www.kobeseirei.or.jp</a>		
【施設・事業所の概要】			
開設年月日：1982年 4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：	18名	非常勤職員：10名
専門職員	施設長	1名	看護師 2名
	サービス管理責任者	2名	栄養士 1名
	生活支援員	16名	
施設・設備の概要	作業場 2か所		相談室
	更衣室（男女）2か所		手洗い場
	トイレ（男女 身障トイレ）3か所		玄関ホール
	食堂・厨房・厨房事務質		屋外倉庫 6
	プレハブ		洗濯室
	事務室		備品室

### ③理念・基本方針

1. 基本的人権を尊重し、態度や言葉遣いにも誠意が感じられる支援を実施します。
2. 本人、家族の思い、また将来の夢や希望の実現に向けたサービスを実施します。
3. 全スタッフが力を集結、総合力を持ってチームとして支援を実施します。
4. 「利用者主体」を支援のキーワードに、利用者参画が見える支援を実施します。
5. 地域行事・活動へ計画的に参加し、利用者が地域の役割を果たす支援を実施します。
6. 利用者の安心・安全を守るため、建物・設備の改修を計画・実施します。

### ④施設・事業所の特徴的な取組

- ・生活介護事業の1本化（就Bの廃止）となり3年目となり、作業中心から自立課題を中心に個別支援の充実を図っている
- ・自閉症スペクトラム障害のコンサルに年3回来てもらい専門性の向上を図っている

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	2022年 5月 23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 (2018年度)

⑥総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>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。</b> 第4期中期計画は、ビジョンを基に、6つの視点にもとづき、「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）されて、評価指標（スコア）及び年度スコアによる進捗状況の確認・評価がされて、年に4回開催される法人内の中期計画実現会議で報告されています。また、中期計画は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、経営課題を明確にし、職員などの参画や意見の集約・反映のもと適切に策定されています。単年度事業計画は中期計画の内容を反映した達成目標を月次別に明確にされて、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。</li> <li>○ <b>個別支援計画をもとに、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。</b> サービス管理責任者を中心に定期的なアセスメントにより、利用者の能力や特性を把握し、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、重度化する利用者の障害特性や行動障害について職員の研修を積極的に行い、利用者が活動を行いやすいよう、利用者間の関係調整や個別的な配慮が必要な利用者に対して、ミーティングなどにて具体的に検討し、事業所対応以外に相談機関・医療機関・ケースワーカーなどへもコンタクトを持ちながら、支援が行われ、障害特性に応じた具体的な支援や生活環境を取り入れています。</li> </ul> <p>◇改善を求められる点</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>福祉サービスの質の向上に向けた取り組みとして、PDCAサイクル（改善に向けたサイクル）にもとづく自己評価の実施が望まれます。</b> 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、年2回「虐待防止チェック」や年1回「満足度調査」を実施され、「満足度調査」の結果などをホームページに公開されています。基本的には、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（自己チェック）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。また、評価結果にもとづき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、実施状況の評価や見直しをすることが望まれます。</li> <li>○ <b>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ことで、利用者の権利を高める取り組みが望まれます。</b> 身体拘束の原則禁止を含む虐待防止についてのマニュアルを整備され、職員に研修を通じて周知が行われるなど、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、意思決定支援や合理的配慮など、利用者の権利を高めていく取り組みは明確ではありません。今後は、障害者権利条約の批准をはじめ、障害者基本法や障害者差別解消法などの理解とともに、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ことで利用者の権利を高める具体的な取り組みが望まれます。</li> </ul>
--

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

受審当日に丁寧に意見を頂き、また、客観的に考えることも出来ました。  
事後評価報告・セミナーでも今後の役立つ内容を話して頂きました。  
実践できるように学びを続けていきたいと思えました。

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

※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）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・事業計画書などに記載されています。基本理念は事業所の使命や目指す方向性、基本方針は理念との整合性のある具体的な内容となっています。事業所内にも掲示され、職制会議や職員会議で「理念ハンドブック」を読み周知が図られていることがうかがえます。家族に対しては家族会で周知されており、利用者には毎週火曜日、牧師に来園いただき、聖書の教え（基本理念に通ずる精神）をわかりやすく伝えられていることがうかがえました。		

#### 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、法人本部と連携を取りながら法改正情報や福祉新聞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、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(神戸市)の各種福祉計画の策定動向と内容を把握し分析している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「月次報告書・月次実績報告書」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、中期計画実現会議(役員・各施設長参加)が年4回、その前段階で検討会議が行われ役員間で課題の共有化がうかがえます。その会議の内容が職員会議などで周知がなされ、具体的な取り組みがうかがえます。		

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>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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、「一人ひとりの支援力アップと環境整備で、ご利用者のニーズに応える、魅力ある施設づくりを達成しよう。」との目標（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、事業所ごとの「中期事業計画」を具体的に策定されるとともに、年度の半期に「目標チェック表」による進捗状況が確認されており、見直しにつながっていることがうかがえました。法人内で中期計画実現会議が年に4回開催されて、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。</li> </ul>		
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>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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。</li> </ul>		
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>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 事業計画の策定時は全職員から「SWOTシート（強みと弱み分析）」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。毎年上半期の評価・見直し・報告（進捗管理票）を10月に年間の評価と報告を4月に実施されています。その内容は職員会議で周知されています。</li> </ul>		
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>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 事業計画については、家族会にて配布し内容を説明されています。利用者についても、朝、夕のミーティングで行事計画の内容などについて説明されていることがうかがえます。しかしながら、利用者が理解しやすいような資料の作成までには至っていません。</li> <li>○ 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）など作成の工夫が望まれます。</li> </ul>		

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"> <li>○ 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」が実施されています。その内容はホームページに公開されています。第三者評価は定期的に受審されています。(今回3回目) 評価結果などは職制会議で分析・検討されていることがうかがえます。</li> <li>○ 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。</li> </ul>		
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"> <li>○ 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、その問題点や課題が明確化されて、職員にも周知・共有化がうかがえますが、具体的な改善計画までには至っていません。</li> <li>○ 今後は、今回の第三者評価結果などについて、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。</li> </ul>		

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>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 管理者（施設長）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、ホームページや機関誌（せいせいえんだより）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。運営規定別紙にて、自らの役割と責任を職員会議で周知されていることがうかがえます。有事（災害など）における管理者の役割と責任について、防災マニュアルなどに明記されています。</li> <li>○ 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。</li> </ul>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 施設長は、法令遵守の観点での経営に関する研修や法人事務局からの通知・通達、施設長会での情報共有などにより、遵守すべき法令などを十分に理解しており、法人の法令遵守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。</li> <li>○ 今後は、職員に対して遵守すべき法令などを、年1回以上の研修や周知が望まれます。</li> </ul>		
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>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 施設長は、福祉サービスの質の現状について、年1回の「満足度調査」の結果や月次報告により評価・分析を行って、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。法人の階層別研修や事業種別研修、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。さらに、職員の専門的な支援力向上のため、外部のアドバイザーを利用するなどの取り組みが行われています。</li> </ul>		
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>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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、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把握し分析されています。また、本部において、上半期決算ヒアリング、予算ヒアリング（担当理事からの中間評価）が行われています。職員の働きやすい環境整備などは、使用PCのバージョンアップ、事務所内の環境改善、人員配置数の見直しなどが行われています。経営の改善や業務の実効性を高めるために組織内の職制会議などに積極的に参画されています。</li> </ul>		

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>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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（人材確保育成の視点）」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。</li> <li>○ 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）の策定をもとに、人材の確保・育成が法人と一体的に行われることが望まれます。</li> </ul>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 「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フレーム表や給与規則、人事考課規定、昇任・昇格規定などに定められ、年1回人事考課規定により職務遂行能力や成果・貢献度などが評価されています。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、評価結果にもとづき、職制会議で改善策を検討・実施されています。法人キャリアパスフレーム表や人事考課規定、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。</li> </ul>		
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>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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（11月）は職員面談を行い悩み相談の機会とされています。また、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、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。</li> <li>○ 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。</li> </ul>		
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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 「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票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、年度当初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）が設定されています。また、年度末には目標達成度などが面接で確認される予定となっています。</li> <li>○ 今後は、職員一人ひとりが設定した目標について、中間面接を行うなど、適切に進捗状況の確認が望まれます。</li> </ul>		

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"> <li>○ 「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表に、必要とされる技術や資格が明確にされています。法人の「職員育成推進部」による研修計画にもとづき、階層別研修、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・見直しは、法人の「職員育成推進部」で行われています。</li> <li>○ 今後は、法人の研修計画を踏まえて、事業所においても職員に必要とされる内部研修計画の策定が望まれます。</li> </ul>		
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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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いますが、職員台帳、資格保持者一覧表などで管理されていません。法人の「職員育成推進部」による研修計画にもとづき、階層別研修、事業種別研修などが実施されて、職員のスキルアップにつながる研修参加や外部研修についても情報を提供して参加を促しています。</li> <li>○ 今後は、職員一人ひとりの知識、技術水準、専門資格の取得状況や研修履歴などを把握・管理することや、新任職員をはじめ、職員の経験や習熟度に配慮した個別的なOJTが適切に行われる仕組みづくりが望まれます。</li> </ul>		
<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。</p>		
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> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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「中期計画（人材確保育成の視点）」として明文化されています。学校からの実習受け入れについては、実習指導者は指導者講習会を受講し、学校と実習内容など連携した取り組みが実施されています。</li> <li>○ 今後は、実習生などの福祉サービスの専門職の教育・育成について「実習受け入れマニュアル」の整備や専門職種の特性に配慮したプログラムの整備が望まれます。</li> </ul>		

II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
<p>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。</p>		
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> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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、苦情相談、トラブルなどが法人の事業報告の中で「出来た事実」として公表されています。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（せいせいえんだより）、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。</li> <li>○ 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。</li> </ul>		

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"> <li>○ 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され職員にも周知されています。また、経理などに関しては運営規定別紙や財務辞令により権限・責任が明確化され、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（社労士、顧問弁護士など）に相談や助言を得るとともに、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。さらに、監査法人による外部監査が実施され、監査結果報告や改善について、職制会議などで検討されて、職員にも周知されていることがうかがえます。</li> </ul>		

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"> <li>○ 地域との関わり方についての基本的な考え方が、「中期計画（地域貢献の視点）」に明文化されています。地域の情報は掲示板にて掲示され、パンフレットなどが置かれています。年行事となっている法人実施の「おいでやすカーニバル」の開催や自治会の催す運動会・バザーなどへの参加には職員が支援しています。買い物や通院などの個別支援や公的サービスの案内事例もうかがえました。</li> </ul>		
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"> <li>○ ボランティア受入れに関する基本姿勢は、「中期計画（地域貢献の視点）」に明文化されて、学校のトライやるウィークの受け入れやボランティア体験が行われています。また、地域のボランティアでは作業支援での協力をお願いしています。</li> <li>○ 今後は、ボランティアの受け入れ体制の整備（マニュアルの作成・研修支援など）に加え、学校教育などへの協力についても基本姿勢を明文化していくことが望まれます。</li> </ul>		
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"> <li>○ 関係機関・団体との連携では、兵庫県知的障害者施設協会・神戸市知的障害者施設連盟・神戸市須磨区社会福祉協議会・須磨区自立支援協議会・二水会・北須磨団地自治会等の会合や行事に対し積極的な参加を行い、関係者らとの情報交換・収集が行われて、共通問題に対して協働されていることがうかがえます。</li> <li>○ 今後は、利用者の状況に対応できる地域の関係機関・団体や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。</li> </ul>		

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>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 事業所のスペースなどを活用した地域住民との交流では、「なんでも相談」や「おいでやすカーニバル」など取り組みが行われています。同敷地内では法人が運営する別館の神戸聖隷オアシスを開設されて、地域住民の憩いの場として交流されています。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、区内まちづくり協議会や自立支援協議会などと連携し、地域の活性化やまちづくりにも協力されています。</li> <li>○ 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などの開催が望まれます。</li> </ul>		
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>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 事業所の活動を地域により理解してもらうために、聖生園のある北須磨団地自治会の行事協力や「おいでやすカーニバル」の参加依頼などに積極的に取り組み、地域の福祉ニーズの把握にも努められています。また、特定相談事業所、障害者相談支援センターを通じての福祉ニーズの把握、さらに、須磨区自立支援協議会などの関係機関や団体を通じての福祉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「ゴミステーションの清掃」「バス停の清掃」などにも取り組まれています。</li> <li>○ 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持つことで地域の福祉ニーズの把握に努めることや地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動を事業計画などへ明示が望まれます。</li> </ul>		

### 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"> <li>○ 利用者の尊重について、理念研修や法人ハンドブックの活用を通じて、理念や基本方針、倫理要綱を理解できるような取り組みが行われています。</li> <li>○ 今後は、福祉サービス提供の基本姿勢や基本的人権の配慮について、権利侵害の防止にとどまらず、幅広い立場から利用者の権利を高めていく研修や検討を深めていくことが望まれます。</li> </ul>		
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"> <li>○ 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、限られた空間の制限はありますが、自閉的傾向の強い利用者には、一人になれる空間を確保する取り組みが行われています。</li> <li>○ 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。</li> </ul>		
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"> <li>○ 事業所の理念や基本方針がホームページなどに公開され、利用希望者には、見学や体験の機会を提供し、丁寧な説明が行われています。</li> <li>○ 今後は、利用希望者に対する情報の定期的な見直しや、公共の場にパンフレットを設置するなど、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。</li> </ul>		
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"> <li>○ 福祉サービスの開始・変更にあたり、利用者の障害特性に合わせ、視覚支援などを用いた説明やわかりやすい言葉づかいなど、利用者や家族に配慮した説明が行われています。また、利用者の特性に応じ、家族同席のもとでの説明が行われていました。</li> <li>○ 今後は、利用者の自己決定の尊重や意思決定困難者に対する支援の取り組みを明確にしていくことが望まれます。</li> </ul>		

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"> <li>○ 福祉サービスの変更時は、利用者に不利益が生じないよう相談支援事業所との連携のもと、細やかな引継ぎと配慮が行われています。</li> <li>○ 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。</li> </ul>		
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"> <li>○ 利用者の満足度についてアンケートと面談による聞き取りが定期的かつ継続的に行われています。また、家族会に職員が出席し、家族からの満足度の把握が行われています。</li> <li>○ 今後は、満足度調査の結果を踏まえた利用者（保護者）を交えた検討会議の実施や満足度調査の結果に基づくサービスの改善を明確にしていくことが望まれます。</li> </ul>		
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"> <li>○ 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、苦情解決委員会を開催され、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。</li> <li>○ 今後は、事業所として苦情解決の取り組みを利用者保護の視点と同時に、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捉え、苦情に基づき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。</li> </ul>		
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"> <li>○ 「相談室」を設置し、利用者が相談を行いやすい環境整備が行われています。また、職員から積極的にコミュニケーションを行い、利用者が相談しやすい雰囲気づくりが行われています。</li> <li>○ 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、利用者等に周知していくことが望まれます。</li> </ul>		
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"> <li>○ 相談や意見については、職員は傾聴に心がけ、職員が積極的にコミュニケーションを行い、利用者が相談や意見を述べやすい環境づくりが行われています。また、相談や意見があった際には、連絡帳やケア記録によって記録され、利用者や家族に対応方針や進捗状況などを迅速に伝えられています。</li> <li>○ 今後は、現在行われている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、「相談・意見対応マニュアル」などに明記することで、対応の標準化を図っていくことが望まれます。</li> </ul>		

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> ○ 「リスクマネジメント委員会」などの設置はありませんが、リスクマネジメント統括管理を施設長が担い、「事故対応マニュアル」に沿って対応がなされています。また、「事故報告書・ヒヤリハット報告書」をもとに職制会議などで集計、分析し、再発防止策を検討されています。 ○ 今後は、職員に対して、安全確保・事故防止に関する研修の実施や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・見直しがされ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
<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。予防と発生時の対応については「感染症マニュアル」を整備され、職員にも周知がなされています。看護師による感染症予防の啓発(学習会)は12月に予定されています。感染症の発生や疑いのある場合、速やかに受診を勧め、また発生時は「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、神戸市に報告されます。 ○ 今後は、「感染症マニュアル」は年1回以上の見直しが望まれます。		
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。	b
<コメント> ○ 消防計画に災害時に関する担当部署や対応が定められており、職員に周知されています。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。職員や利用者・家族の災害時の安否確認などはメーリングリストが整備されています。 ○ 今後は、自然災害(台風・大雨・地震など)を想定した業務継続計画(BCP)の策定や地域や関係機関との連携により、避難訓練や福祉避難所開設訓練などを実施していくことが望まれます。		

### 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> ○ サービスを提供する上での標準的な実施方法が、業務マニュアルとして整備されています。また、職員に終礼などの時間を活用し周知されていることがうかがえました。 ○ 今後は、プライバシーの保護や権利擁護に関する内容をマニュアルに明示されるとともに、職員全体への研修会やマニュアル改定時の確認など、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。	c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ サービスを提供する上での標準的な実施方法が、業務マニュアルとして整備されていますが、支援に関わる内容の明示が十分とは言えません。今後は、見守り時のマニュアルや活動における留意点など、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。</li> </ul>		
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"> <li>○ 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、ミーティング等にて具体的に検討し、事業所対応以外に相談機関・医療機関・ケースワーカー等へもコンタクトを持ちながら、支援につなげていることがうかがえました。</li> <li>○ 今後は、アセスメント段階で利用者に関わる職員が関与できるような仕組みを構築していくとともに、計画の策定から評価（モニタリング）に至る手順を明確にしていくことが望まれます。</li> </ul>		
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"> <li>○ ミーティング・ケア会議により、支援内容の検討及び具体的な動きなどを検証し、個別支援計画の定期的な見直しが行われています。また、見直しが利用者・家族の意向に基づいて行える仕組みが確立されています。</li> <li>○ 今後は、個別支援計画を緊急に変更する場合の仕組みについて、明確にしていくことが望まれます。</li> </ul>		
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"> <li>○ 記録支援システムを導入され、個別支援計画に基づいて、利用者の心身の状況や生活状況、活動の様子などが利用者ごとに詳細な記録が行われています。また、記録に際してのマニュアルを整備することにより、記録の標準化が図られています。</li> <li>○ 今後は、情報共有の際の判断基準などを明確にしていくことにより、記録の活用を図ることが望まれます。</li> </ul>		
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"> <li>○ 個人情報規程など、法人規定に個人情報の取り扱いについて明記され、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。</li> <li>○ 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。</li> </ul>		

## 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

- 身体拘束の原則禁止を含む虐待防止についてのマニュアルを整備され、職員に研修を通じて周知が行われています。また、利用者の自己決定を尊重し、趣味活動については、任意で参加できるプログラムを用意し、利用者の嗜好や障害特性に応じた個別支援が行われています。
- 今後は、障害者権利条約の批准をはじめ、障害者基本法や障害者差別解消法などの理解とともに、利用者へ伝えることにより、利用者の権利を高める取り組みが望まれます。

### 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。	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。	b
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

- 利用者の自立する力を促すため、必要に応じて見守りを含めた適切な支援が行われています。また、行政手続きや生活に必要なサービスとの情報提供や代行支援が行われています。
- 利用者によってコミュニケーションの手段を工夫（カードの提示・対象物や絵による意思の確認など）し、可能な限り本人の意向に寄り添う支援が行われています。
- 重度化する利用者の障害特性や行動障害について職員の研修を積極的に行い、また利用者が活動を行いやすいよう、利用者間の関係調整や個別的な配慮が必要な利用者に対して、計画的な支援方法の検討、見直しが行われています。
- 利用者が日々の活動の中で「食事」も活動と捉え、利用者が楽しくおいしく食べられるよう配慮や対応がうかがえます。また、利用者の心身の状態に合わせ、排泄・移乗・移動の支援が行われています。
- 利用者の健康状態について日常的に把握を行い、体調変化時など必要に応じて迅速に対応が行えるよう医療機関との連携が行われています。また、連携する近隣の医師や看護師による、健康面の相談や説明、アドバイスなどが定期的に行われています。
- 近隣の自動販売機の利用や市営バスの乗車マナー講習会を行うなど取り組み利用者が社会参加と学習活動を通して行えるよう支援されています。
- 利用者の状況について日常的に家族との情報共有や報告を行われ、また定期的な家族会に職員が参加し、利用者家族との連携・交流の取り組みが行われています。
- 今後、利用者の重度化や家族の高齢化にともなう、支援の必要性が増えてくることが予測されるため、活動環境の整備や地域生活を継続していくための支援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支援について、具体的な取り組みを構築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

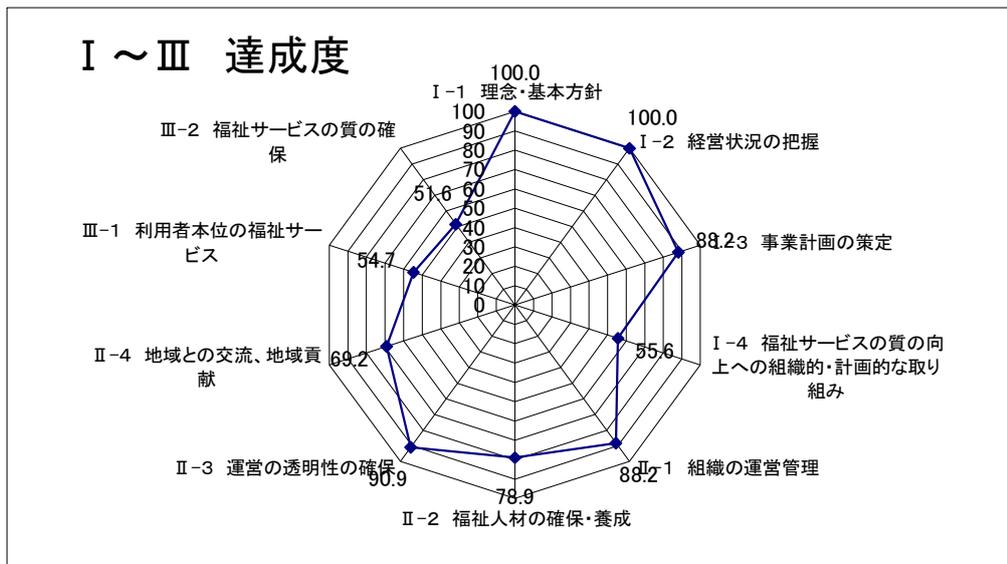
<p>○ 生活介護事業のため、項目は非該当ですが、利用者の働く力や可能性を引き出すことを目的に、自助具（補助具）を用意したり、障害特性に応じた作業提供、作業配置が行われています。また、作業内容は、利用者と相談の上、作業工程を細分化し、特性や適正に合わせて活動内容を決めています。</p>
---

(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	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	5	55.6
II-1 組織の運営管理	17	15	88.2
II-2 福祉人材の確保・養成	38	30	78.9
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	18	69.2
III-1 利用者本位の福祉サービス	64	35	54.7
III-2 福祉サービスの質の確保	31	16	51.6
	227	158	69.6



## 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	3	50.0
1-(2) 権利侵害の防止等	6	3	50.0
2-(1) 支援の基本	26	15	57.7
2-(2) 日常的な生活支援	5	4	80.0
2-(3) 生活環境	5	3	60.0
2-(4) 機能訓練・生活訓練	5	1	20.0
2-(5) 健康管理・医療的な支援	5	3	60.0
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	1	20.0
2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援	6	4	66.7
	73	39	53.4
	300	197	65.7

## A 達成度

