

兵庫県福祉サービス第三者評価
評価結果報告書

施設名 : 西はりまナーシングヴィラ

(障害者支援施設・生活介護)

評価実施期間 2011年11月1日 ~ 2012年2月28日

実地(訪問)調査日 2011年 12月 11日

2012年2月13日

特定非営利活動法人

播磨地域福祉サービス第三者評価機構

様式第1号

兵庫県福祉サービス第三者評価の結果

1 評価機関

| | | |
|--------|---|--|
| 名 称 | 特非) 播磨地域福祉サービス第三者評価機構 | |
| 所 在 地 | 姫路市安田3丁目1番地 姫路市自治福祉会館6階 | |
| 評価実施期間 | 2011年 9月 12日～ 2012年 2月 29日 (実地(訪問)調査日 2011年 11月 29日) | |
| 評価調査者 | HF05-1-0026 HF10-1-0006 HF05-1-0027 HF10-1-0007 | |

契約日から評価
結果の確定日まで

2 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

| | |
|---|--|
| 事業所名称： (施設名) 西はりまナーシングヴィラ | 種別： 障害者支援施設・生活介護 |
| 代表者氏名： (管理者) 森本哲郎 | 開設(指定)年月日： 昭和(平成) 9年 3月 1日 |
| 設置主体：社会福祉法人 円勝会 経営主体：社会福祉法人 円勝会 | 定員(利用人数)H.23.11現在) 30(28)名 |
| 所在地：〒 679-4132 兵庫県たつの市誉田町福田780-3 | |
| 電話番号：0791(63)2700 | FAX番号：0791(62)0463 |
| E-mail： nhrc@pearl.ocn.ne.jp | ホームページアドレス： http://www.ensyokai.com/ |

(2) 基本情報

| | | | | | | |
|---|-----------|------|-------|------|--------|-------|
| <p>理念・方針：西はりまナーシングヴィラは、ノーマライゼーションと人権尊重の理念に基づき、利用者本位のサービスを提供することにより、その人らしさを追及し、安心して快適な生活を支援します。</p> | | | | | | |
| <p>力を入れて取り組んでいる点：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・多様な日中活動の機会の提供(行事、外出、スポーツ、文化活動) ・地域との交流および社会参加(幼・小・高 学生との交流等) ・季節行事食 | | | | | | |
| 職員配置 ()はうち非常勤 職数を明示 | 職 種 | 人 数 | 職 種 | 人 数 | 職 種 | 人 数 |
| | 施設長 | 1(0) | OT・PT | 1(0) | 主任介護職員 | 1(0) |
| | サービス管理責任者 | 1(0) | 看護師 | 2(0) | 介護職員 | 18(3) |
| | 事務員 | 1(0) | 医師 | 4(4) | 栄養士 | 0(0) |
| | その他 | 0(0) | | | | |
| <p>施設の状況</p> <p>西はりまナーシングヴィラは、たつの市の東端に位置し、利用者一人ひとりのライフスタイル、個性を大切にしながら、安心して快適に生活できる環境を目指しております。その人がその人らしい生活を送ることができるように、人の手による真心のこもった介護を目指します。又、併設している障害者訓練施設や隣接する医療機関や介護施設との連携により、多様なサービスをご利用いただける施設です。</p> | | | | | | |

3 評価結果 総 評

特に評価の高い点

1. 経営状況については、データ分析が行われ、その把握に積極的な姿勢がうかがえます。また、その結果を中・長期計画に反映させるなどの努力がうかがえます。
2. 毎年、サービスの質の評価を行うなど、質の向上に対して主体的な取り組みがうかがえます。
3. スタッフによる各専門委員会が設置され、職員間の協議が活発に行われています。
4. 地域交流などへの積極的な取り組みが見られ、多様な活動機会（交流行事、外出、スポーツ、文化活動など）が多く、内容が充実しています。
5. 余暇、レクレーション行事と外出、クラブ活動など、ボランティアや社会資源の活用も含めて、充実した支援が行われています。

特に改善を求められる点

1. 理念・基本方針と事業計画をさらに整理するとともに、利用者を含め幅広い周知の方法についての工夫が必要です。
2. 施設の様々な取り組みにおいて、利用者（家族を含む）の要望や意向を取り入れる仕組みの充実が課題です。
3. 評価から明らかにされた課題について、改善していく仕組みを確立するとともに、各サービスマニュアルの形骸化が見受けられることから、見直しを行い、改善に向けて具体的な取り組みが望まれます。
4. 権利擁護に関して、施設全体の仕組みとして確立することが課題です。
5. 障害特性に応じた、より専門的な支援プログラムの確立が望まれます。

第三者評価結果に対する事業者のコメント

当施設は、サービスの改善・向上のための課題を第三者的視点で提示していただくため、定期的に本評価を受審しています。今後さらに、個々の利用者様にとっての生活の質向上を図りながら、より安全で安心なサービスが安定的に確保される仕組みづくりに努めてまいります。

各評価項目に係る第三者評価結果
(別紙1)

各評価項目に係る評価結果グラフ
(別紙2)

評価細目の第三者評価結果

評価対象 福祉サービスの基本方針と組織

- 1 理念・基本方針

| | 第三者評価結果 |
|--|---------|
| - 1-(1) 理念、基本方針を確立している。 | |
| - 1-(1)- 理念を明文化している。 | (a)・b・c |
| - 1-(1)- 理念に基づく基本方針を明文化している。 | (a)・b・c |
| - 1-(2) 理念や基本方針を周知している。 | |
| - 1-(2)- 理念や基本方針を職員及び利用者やその家族等に周知している。 | a・(b)・c |

特記事項

基本理念は、パンフレット、事業計画に明記され、ホームページにおいても紹介されています。また、基本方針に相当する「運営方針」についても、事業計画に明記されています。倫理要綱が定められ、施設内に掲示されていますが、基本方針に職員の基本姿勢が盛り込まれておらず、利用者や家族への周知も不十分です。今後は、理念や基本方針について、利用者によりわかりやすく伝える工夫が望まれます。

- 2 計画の策定

| | 第三者評価結果 |
|----------------------------------|---------|
| - 2-(1) 中・長期的なビジョンと計画を明確にしている。 | |
| - 2-(1)- 中・長期計画を策定している。 | (a)・b・c |
| - 2-(1)- 中・長期計画を踏まえた事業計画を策定している。 | (a)・b・c |
| - 2-(2) 計画を適切に策定している。 | |
| - 2-(2)- 計画の策定を組織的に行っている。 | (a)・b・c |
| - 2-(2)- 計画を職員や利用者等に周知している。 | a・(b)・c |

特記事項

経営戦略会議を開催し、中期経営計画(中・長期計画)が策定されています。また、年次計画は、職員の参画の下に、検討が深められ、事業が具体的に記載されています。しかし、中期経営計画と年次計画が、一連のものとなっていません。今後は、事業計画の体系化と利用者へのわかりやすい周知が課題です。

- 3 管理者の責任とリーダーシップ

| | 第三者評価結果 |
|---|---------|
| - 3-(1) 管理者の責任を明確にしている。 | |
| - 3-(1)- 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。 | a・(b)・c |
| - 3-(1)- 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・(b)・c |
| - 3-(2) 管理者のリーダーシップを発揮している。 | |
| - 3-(2)- 質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。 | (a)・b・c |
| - 3-(2)- 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。 | (a)・b・c |

特記事項

管理者は、法令遵守の研修に参加し、職員に周知されていることがうかがえます。また、法人として、第三者評価を毎年、受審するなど、質の向上について継続的な取り組み姿勢がうかがえます。

質の向上や運営の効率化については、職員で構成する運営推進委員会で取り上げられ、検討が深められていることがうかがえました。

しかし、管理者（施設長）の役割と責任について、文章化がなされておらず、具体的な取り組みや方針が不明瞭です。

評価対象 組織の運営管理

- 1 経営状況の把握

| | 第三者評価結果 |
|---|---------|
| - 1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。 | |
| - 1-(1)- 事業経営をとりまく環境を的確に把握している。 | (a)・b・c |
| - 1-(1)- 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。 | a・(b)・c |
| - 1-(1)- 外部監査を実施している。 | a・b・(c) |

特記事項

市場の動向やニーズの把握は、事業者団体や市の障害福祉計画に委員としての参画することにより、把握に努められています。また、経営状況は、毎月の法人幹部職員による事務局会議で経営状況が分析されており、それを基に中・長期計画に反映させています。
 今後は、施設において、把握された状況や課題について十分周知することが課題です。
 なお、運営の透明性の確保などを目的とした外部監査は行なわれていません。

- 2 人材の確保・養成

| | 第三者評価結果 |
|--|---------|
| - 2-(1) 人事管理の体制を整備している。 | |
| - 2-(1)- 必要な人材に関する具体的なプランを確立している。 | a・b・(c) |
| - 2-(1)- 人事考課を客観的な基準に基づいて行っている。 | (a)・b・c |
| - 2-(2) 職員の就業状況に配慮している。 | |
| - 2-(2)- 職員の就業状況や意向を把握し、必要があれば改善する仕組みを構築している。 | a・(b)・c |
| - 2-(2)- 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。 | (a)・-・c |
| - 2-(3) 職員の質の向上に向けた体制を確立している。 | |
| - 2-(3)- 職員の教育・研修に関する基本姿勢を明示している。 | a・(b)・c |
| - 2-(3)- 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画を策定し、計画に基づいて具体的な取組を行っている。 | a・(b)・c |
| - 2-(3)- 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。 | a・(b)・c |
| - 2-(4) 実習生の受け入れを適切に行っている。 | |
| - 2-(4)- 実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している。 | (a)・b・c |
| - 2-(4)- 実習生の育成について積極的な取組を行っている。 | a・(b)・c |

特記事項

人事考課については、明確な基準を用いて、継続的に取り組んでいることがうかがえます。また、外部研修参加や内部の勉強会など、職員の質の向上に向けた取り組みは、概ね月一度の頻度で定期的に行われています。
 実習に関しては、施設の責務としてマニュアルの整備など「実習生の受け入れ体制」を明確にし、受け入れを行っています。
 人事に関する「基本的な考え方」等は確認できますが、具体的な人事プランの策定までには至っていません。今後は、人事計画、人事考課、研修が一体となった総合的な仕組みづくりが望まれます。

- 3 安全管理

| | 第三者評価結果 |
|--|---------|
| - 3-(1) 利用者の安全を確保するための取組を行っている。 | |
| - 3-(1)- 緊急時(事故、感染症の発生時など)の対応など利用者の安全確保のための体制を整備し機能している。 | a・(b)・c |
| - 3-(1)- 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。 | a・(b)・c |
| - 3-(2) 積極的に防災に関する取組を行っている。 | |
| - 3-(2)- 防災や安全確保のための設備の工夫を行っている。 | a・(b)・c |
| - 3-(2)- 災害時(火事、地震、台風など)の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。 | a・(b)・c |

特記事項

リスクマネジメント委員会及び防災対策委員会によって、安全・防災対策についてのマニュアルが整備され、訓練も実施されています。また、ヒヤリ・ハット、事故報告によって情報収集がなされ、安全対策を充実させるためのリスクの把握の意欲的な取り組みがうかがえます。今後は、委員会を更に活性化することで、把握されたリスクへの具体的な取り組みを明確にすることが望まれます。

施設については、各所に段差解消など安全確保の工夫がうかがえますが、更なる定期的なチェックや点検が必要です。

また、災害時の対応について、内部の体制は整っていますが、安全体制強化に向けた地域や関係機関との協力体制は、現在、近隣とのネットワークを構築している段階であり、今後の課題です。

- 4 地域との交流と連携

| | 第三者評価結果 |
|---|---------|
| - 4-(1) 地域との関係を適切に確保している。 | |
| - 4-(1)- 利用者と地域との関わりを大切にしている。 | a・(b)・c |
| - 4-(1)- 事業所が有する機能を地域に還元している。 | a・(b)・c |
| - 4-(1)- ボランティア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。 | a・(b)・c |
| - 4-(2) 関係機関との連携を確保している。 | |
| - 4-(2)- 必要な社会資源を明確にしている。 | (a)・b・c |
| - 4-(2)- 関係機関等との連携を適切に行っている。 | a・(b)・c |
| - 4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。 | |
| - 4-(3)- 地域の福祉ニーズを把握し、事業・活動を行っている。 | a・(b)・c |

特記事項

地域交流などへの積極的な取り組みが見られ、多様な活動機会(交流行事、外出、スポーツ、文化活動など)が多く、内容が充実しています。

また、たつの市の市街地に「喫茶いこい」を設置し、地域参加の拠点として施設のもつ情報や機能を地域に開放する努力がうかがえます。

施設の行事をはじめ、散髪、外出など、多岐にわたってボランティアを受け入れており、マニュアルの整備など、受け入れ体制も明文化がされています。

関係機関との連携については、地域自立支援協議会や就労・生活支援連絡会議に参画することによってネットワークが作られています。今後、ケアホームの開設への動きが伺えましたが、更なる地域の福祉ニーズに応じた事業の充実が期待されます。

評価対象 適切な福祉サービスの実施

- 1 利用者本位の福祉サービス

| | 第三者評価結果 |
|---|---------|
| - 1-(1) 利用者を尊重する姿勢を明示している。 | |
| - 1-(1)- 利用者を尊重した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。 | a・(b)・c |
| - 1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。 | |
| - 1-(2)- 利用者やその家族等の意向の把握と満足の上昇への活用に取り組んでいる。 | a・(b)・c |
| - 1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制を確保している。 | |
| - 1-(3)- 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。 | (a)・b・c |
| - 1-(3)- 苦情解決の仕組みを確立し、十分に周知・機能している。 | (a)・b・c |
| - 1-(3)- 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。 | a・(b)・c |

特記事項

| |
|--|
| <p>利用者本位の姿勢は、マニュアルに記載されています。利用者の人権については、身体拘束や虐待などの施設内研修を通して職員に周知されています。また、利用者満足の上昇については、ケアプランの策定見直し時の個別の面談によって意見を吸い上げるように努め、苦情解決の仕組みに結び付けられています。</p> <p>しかし、利用者からの相談や意見がサービスの改善に反映される仕組みは不明瞭で、今後の更なる充実が求められます。</p> |
|--|

- 2 サービスの質の確保

| | 第三者評価結果 |
|--|---------|
| - 2-(1) 質の上昇に向けた取組を組織的に行っている。 | |
| - 2-(1)- サービス内容について定期的に評価を行い、取り組むべき課題を明確にしている。 | a・(b)・c |
| - 2-(1)- 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。 | a・b・(c) |
| - 2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法を確立している。 | |
| - 2-(2)- 個々のサービスについて標準的な実施方法を文書化し、サービスを提供している。 | a・(b)・c |
| - 2-(2)- 標準的な実施方法について見直しをする仕組みを確立している。 | a・b・(c) |
| - 2-(3) サービス実施の記録を適切に行っている。 | |
| - 2-(3)- 利用者に関するサービス実施状況の記録を適切に行っている。 | a・(b)・c |
| - 2-(3)- 利用者に関する記録の管理体制を確立している。 | a・(b)・c |
| - 2-(3)- 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。 | a・(b)・c |

特記事項

| |
|--|
| <p>サービスの質の確保については、第三者評価を毎年受審するなど積極的な姿勢がうかがえます。また、各提供サービスについてのマニュアルや記録は整備されています。</p> <p>評価から明らかにされた課題について、改善していく仕組みが確立されておらず、また、サービスマニュアルの見直しが不十分で、形骸化が見受けられます。</p> |
|--|

- 3 サービスの開始・継続

| | | 第三者評価結果 |
|--------------------------------|---|---------|
| - 3-(1) サービス提供の開始を適切に行っている。 | | |
| - 3-(1)- | 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。 | a (b) c |
| - 3-(1)- | サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。 | a (b) c |
| - 3-(2) サービスの継続性に配慮した対応を行っている。 | | |
| - 3-(2)- | 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。 | (a) b c |

特記事項

| |
|--|
| <p>事前の情報は、ホームページやパンフレットで、利用者・家族をはじめ、不特定多数の方に提供されています。</p> <p>サービス提供の開始については、重要事項説明書にサービスについて具体的な内容を明示し、説明が行われ、契約がなされていることがうかがえます。</p> <p>サービスの継続や退所後の支援については、様式や手順を定め、引継ぎが行なわれていることが確認できました。</p> |
|--|

- 4 サービス実施計画の策定

| | | 第三者評価結果 |
|---------------------------------|----------------------------|---------|
| - 4-(1) 利用者のアセスメントを行っている。 | | |
| - 4-(1)- | 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。 | a (b) c |
| - 4-(1)- | 利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。 | a (b) c |
| - 4-(2) 利用者に対するサービス実施計画を策定している。 | | |
| - 4-(2)- | サービス実施計画を適切に策定している。 | a (b) c |
| - 4-(2)- | 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。 | a (b) c |

特記事項

| |
|---|
| <p>それぞれの専門スタッフによりアセスメントがなされ、それをすり合わせながら、利用者個々のニーズや課題が明示されています。</p> <p>その後、多職種でのケアカンファレンスを定期的実施して、サービス実施計画につながられています。</p> <p>しかし、アセスメントから計画策定、見直しに至るまでの管理と具体的な手順が不明瞭な点が見受けられます。</p> <p>今後は、利用者の意向や意見を明確にし、それに基づいた計画作成が望まれます。</p> |
|---|

評価対象 実施する福祉サービスの内容

- 1 利用者の尊重

| | 第三者評価結果 |
|--|---------|
| - 1-(1) 利用者の尊重 | |
| - 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をしている。 | a (b)・c |
| - 1-(1)- 利用者の主体的な活動を尊重している。 | a (b)・c |
| - 1-(1)- 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を整備している。 | a (b)・c |
| - 1-(1)- 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。 | a (b)・c |
| - 1-(2) 利用者の権利擁護 | |
| - 1-(2)- 利用者の権利の行使を支援するための具体的な取り組みを行っている。 | a (b)・c |
| - 1-(2)- 虐待(拘束、暴言、暴力、無視、放置、性的いやがらせ等)等の人権侵害について、防止対策を図っている。 | a (b)・c |
| - 1-(2)- 利用者のプライバシー確保のための支援や工夫をしている。 | a (b)・c |

特記事項

利用者を尊重する取り組みとして、クラブ活動やスポーツを通して、利用者の主体性を高めるための支援が行われています。また、コミュニケーションについては、言語療法士が関与し、必要な利用者にはコミュニケーションノートが準備され、個々のニーズに応じた支援が行われています。

利用者の尊重や権利擁護について、虐待やプライバシーのマニュアルが作成され、研修も行われていますが、権利擁護に向けた取り組みや支援内容についての記録がなく、施設としての仕組みとしては確立に至っていません。

- 2 日常生活支援

| | 第三者評価結果 |
|--|---------|
| - 2-(1) 食事 | |
| - 2-(1)- サービス実施計画に基づいた食事サービスを用意している。 | (a)・b・c |
| - 2-(1)- 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している。 | a (b)・c |
| - 2-(2) 入浴 | |
| - 2-(2)- 入浴は、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。 | a (b)・c |
| - 2-(2)- 浴室・脱衣場等の環境は適切である。 | a (b)・c |
| - 2-(3) 排泄 | |
| - 2-(3)- 排泄介助は快適に行っている。 | a (b)・c |
| - 2-(3)- トイレは清潔で快適である。 | a (b)・c |
| - 2-(4) 衣服 | |
| - 2-(4)- 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。 | (a)・b・c |
| - 2-(4)- 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。 | a (b)・c |

| | | |
|-----------------|---|---------|
| - 2 - (5) 理容・美容 | | |
| - 2 - (5)- | 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。 | a・(b)・c |
| - 2 - (5)- | 理髪店や美容院の利用について配慮している。 | (a)・b・c |
| - 2 - (6) 睡眠 | | |
| - 2 - (6)- | 安眠できるように配慮している。 | a・(b)・c |
| - 2 - (7) 健康管理 | | |
| - 2 - (7)- | 日常の健康管理は適切である。 | a・(b)・c |
| - 2 - (7)- | 必要な時、迅速かつ適切な医療を受けられる。 | (a)・b・c |
| - 2 - (7)- | 内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。 | a・(b)・c |
| - 2 - (8) 趣味・嗜好 | | |
| - 2 - (8)- | 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・(b)・c |
| - 2 - (8)- | 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を尊重している。 | a・(b)・c |
| - 2 - (9) 居室 | | |
| - 2 - (9)- | 居室等の環境は適切である。 | a・(b)・c |

特記事項

各サービスにおいて作成されたマニュアルを基本として、個々の状況に応じた生活の支援が行われています。健康管理においては、医療機関との連携が図られていますが、日常の健康管理のマニュアルがなく、更なる充実した支援が望まれます。

趣味・嗜好品については、一定の自由が確保され、利用者との話し合いもうかがえました。

しかし、日常生活の支援については、取り組みはうかがえますが、記録が少なく、標準化には至っていません。

今後は、日常生活において利用者の意見が取り入れられるよう、更なる工夫が望まれます。

- 3 社会生活支援

| | | |
|---------------------|-------------------------------|-------|
| - 3-(1) 余暇・レクリエーション | | |
| - 3-(1)- | 余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行っている。 | a・b・c |
| - 3-(2) 外出・外泊 | | |
| - 3-(2)- | 外出は利用者の希望に応じて行っている。 | a・b・c |
| - 3-(2)- | 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮している。 | a・b・c |
| - 3-(3) 所持金・預り金の管理等 | | |
| - 3-(3)- | 預り金について、適切な管理体制を作っている。 | a・b・c |
| - 3-(4) 就労・社会参加 | | |
| - 3-(4)- | 就労に関する取り組みを確立している。 | 非該当 |
| - 3-(4)- | 社会参加に関する多様な機会を確保している。 | a・b・c |

特記事項

行事、外出、クラブ活動などボランティアや社会資源の活用も含めて、余暇レクリエーションの機会は多く、充実した支援が行われています。また、所持金管理については、ロッカーの用意など自己管理できるような工夫も見られました。社会参加については、地域でのイベントやスポーツ大会など、多様な社会参加の機会の提供がうかがえます。

余暇・レクリエーション、外出・外泊において、利用者の意向が明記されておらず、社会参加活動の位置づけが不明瞭です。

- 4 障害特性支援

| | | |
|----------------|--------------------------|-------|
| - 4-(1) 障害特性支援 | | |
| - 4-(1)- | 利用者個々の障害の特性に応じた支援を行っている。 | a・b・c |
| - 4-(1)- | 行動障害のある方への特別な支援を行っている。 | 非該当 |
| - 4-(1)- | 重複障害のある方への特別な支援を行っている。 | a・b・c |
| - 4-(2) 家族支援 | | |
| - 4-(2)- | 家族に対する支援、助言を行っている。 | a・b・c |

特記事項

障害特性支援については、失語症に対するプログラムや特性に応じた設備や環境の整備は行われています。しかし、多様な障害特性に応じたプログラムの確立には至っていません。

家族支援については、家族会において制度説明や援助技術指導がなされていますが、定期的とまでには至っていません。

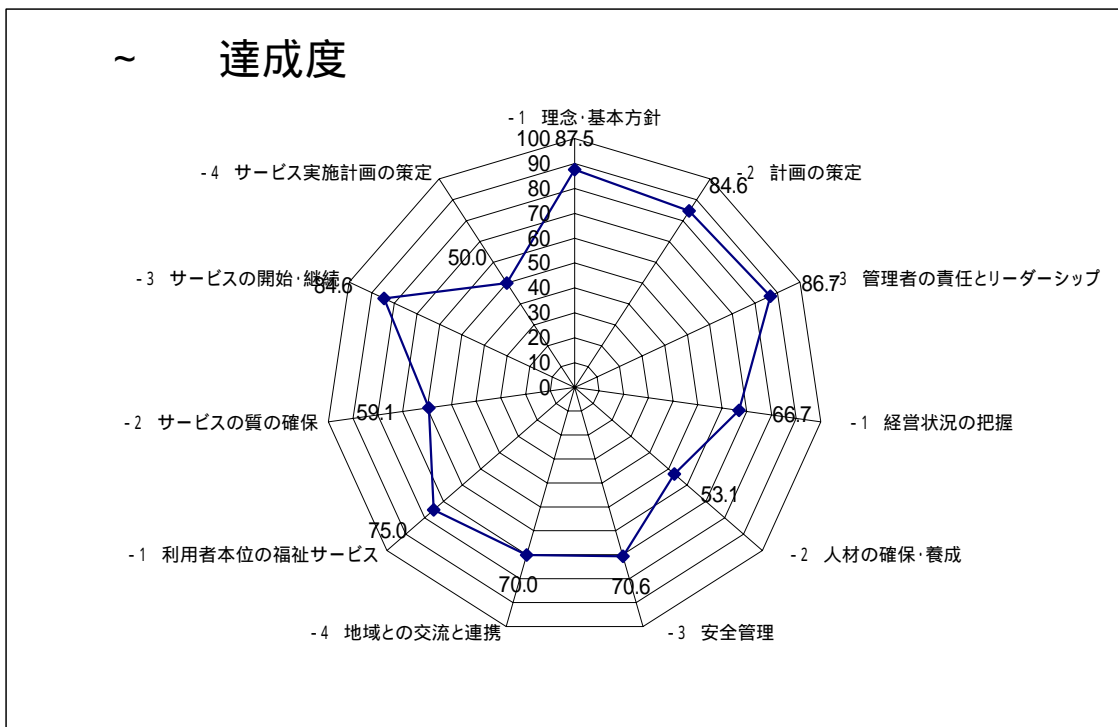
今後は、障害特性を踏まえ、より多様な障害に対する支援の充実が望まれます。

各評価項目に係る評価結果グラフ

(別紙2)

～ 達成度

| | 判断基準 | | 達成率(%) |
|-------------------|------|-----|--------|
| | 基準数 | 達成数 | |
| -1 理念・基本方針 | 8 | 7 | 87.5 |
| -2 計画の策定 | 13 | 11 | 84.6 |
| -3 管理者の責任とリーダーシップ | 15 | 13 | 86.7 |
| -1 経営状況の把握 | 9 | 6 | 66.7 |
| -2 人材の確保・養成 | 32 | 17 | 53.1 |
| -3 安全管理 | 17 | 12 | 70.6 |
| -4 地域との交流と連携 | 20 | 14 | 70.0 |
| -1 利用者本位の福祉サービス | 20 | 15 | 75.0 |
| -2 サービスの質の確保 | 22 | 13 | 59.1 |
| -3 サービスの開始・継続 | 13 | 11 | 84.6 |
| -4 サービス実施計画の策定 | 12 | 6 | 50.0 |
| ～ 合計 | 181 | 125 | 69.1 |



達成度

| | 判断基準 | | 達成率(%) |
|----------------------|------|-----|--------|
| | 基準数 | 達成数 | |
| 1 - (1) 利用者の尊重 | 16 | 11 | 68.8 |
| 1 - (2) 利用者の権利擁護 | 11 | 6 | 54.5 |
| 2 - (1) 食事 | 8 | 5 | 62.5 |
| 2 - (2) 入浴 | 8 | 4 | 50.0 |
| 2 - (3) 排泄 | 10 | 7 | 70.0 |
| 2 - (4) 衣服 | 5 | 4 | 80.0 |
| 2 - (5) 理容・美容 | 5 | 4 | 80.0 |
| 2 - (6) 睡眠 | 5 | 3 | 60.0 |
| 2 - (7) 健康管理 | 14 | 9 | 64.3 |
| 2 - (8) 趣味・嗜好 | 6 | 3 | 50.0 |
| 2 - (9) 居室 | 4 | 3 | 75.0 |
| 3 - (1) 余暇・レクリエーション | 4 | 4 | 100.0 |
| 3 - (2) 外出・外泊 | 7 | 5 | 71.4 |
| 3 - (3) 所持金・預かり金の管理等 | 3 | 2 | 66.7 |
| 3 - (4) 就労・社会参加 | 8 | 3 | 37.5 |
| 4 - (1) 障害特性支援 | 12 | 4 | 33.3 |
| 4 - (2) 家族支援 | 3 | 2 | 66.7 |
| 合計 | 129 | 79 | 61.2 |
| 総合計 | 310 | 204 | 65.8 |

達成度

