

兵庫県福祉サービス第三者評価
評価結果報告書

施設名 : 西はりまりハビリテーションセンター

(生活介護・自立訓練・施設入所支援)

評価実施期間 2015年7月30日 ~ 2016年3月31日

実地(訪問)調査日 2015年11月18日

2016年3月31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

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	2015年 7月 30日～ 2016年 1月 31日 (実地 (訪問) 調査日 2015年 11月 18日)
評価調査者	HF05-1-0021 HF05-1-0027 HF10-1-0010 HS-008

※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) 西はりまりハビリテーションセンター	種別：障害者支援施設 (生活介護・自立訓練・施設入所支援)
代表者氏名： (管理者) 藤 田 聡	開設 (指定) 年月日： 昭和・平成 62年 9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 (契約人数) 27.9現在) 50 (40) 名
所在地：〒 679-4132 兵庫県たつの市菅田町福田 780-3	
電話番号：0791-63-2700	F A X 番号：0791-62-0463
E-mail： nishiharimal02@ensyokai.jp	ホームページアドレス： http://www.ensyokai.com/

(2) 基本情報

理念・方針： 西はりまりハビリテーションセンターは、ノーマライゼーションと人権尊重の理念に基づき、あらゆるリハビリテーションを通して残存能力の維持向上を図り、障害者の自立や社会参加を支援します。						
力を入れて取り組んでいる点： <ul style="list-style-type: none"> ● 多様な日中活動の機会の提供 (スポーツ、行事、外出、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) ● 安全安心な介護を提供するとともに、日常生活動作の自立に向けたリハビリ支援を行っている。 						
職員配置 ※()はうち非常勤 職員を明示	職 種	人 数	職 種	人 数	職 種	人 数
	社会福祉士	2 (0)	作業療法士	2 (0)	ホームヘルパー2級	2 (1)
	介護福祉士	5 (2)	看護師	3 (2)	社会福祉主事	1 (0)
	理学療法士	1 (0)	医師	1 (1)	その他	33 (31)
施設の状況 西はりまりハビリテーションセンターは、たつの市の東端に位置し、PTやOT等の機能回復訓練、創作活動や障害者スポーツを取り入れることによって、個々の状況に合わせた「自立」を支援し、在宅復帰や福祉的就労を目指す方にご利用いただける施設です。肢体不自由者に多くご利用いただいている施設です。						

3 評価結果

○ 総評

◇特に評価の高い点

- **管理職のリーダーシップのもと、地域の福祉の動向を踏まえた取り組みが行われています。**

施設において、管理職のリーダーシップのもと、質の向上について継続的な取り組み姿勢が伺えるとともに、職員で構成する業務改善委員会や運営推進委員会で、検討が深められていることが伺えました。また、施設長をはじめ法人をあげて、行政関連の協議会や関係施設団体等と連携することにより、地域の福祉の動向を把握し、地域の意向を踏まえた支援に大きな役割を果たしています。

- **サービスの質の向上に向けた組織的な取り組みが確立しています。**

サービスの質の確保については、標準的な実施方法について、支援マニュアルを整備し、各部署に設置するとともに、定期的な第三者評価を実施しています。また、全職員で構成する各委員会において、質の向上や運営の効率化について検討され、そこから導き出された課題を職員で共有し、改善していく仕組みを確立しています。

- **個別支援のもと多様な社会生活を体験する支援が行われています。**

行事をはじめ外出支援やクラブ活動など、余暇・レクリエーションの多様な機会が確保されています。また、利用者のコミュニケーションとして、文字盤や絵カードを使用するなど個別での工夫や支援が行われており、クラブ活動やスポーツ大会への出場を通して、利用者の主体性を高めるための支援が行われています。

◇特に改善を求められる点

- **職員の質を向上させるために人材育成計画の策定が望まれます。**

人事考課制度を導入し、管理者は毎年度、職員に対して個別面談を行い、外部研修参加や内部の勉強会を実施していますが、個別育成計画の策定までには至っていません。今後は、人事考課と連動して次のリーダーを育てる、専門知識を伸ばすといった個別育成計画を策定することで、職員の将来展望やスキルアップを図り、職員の質と働きがいを向上させるような取り組みが望まれます。

- **アカウントビリティ（説明責任）の視点から、記録の充実を図るなど、よりわかりやすい情報提供が望まれます。**

利用者が主体的に暮らしを選択していくためには、その情報について利用者や家族が適切に把握し、理解していくことが重要です。それには、事業計画をはじめサービスの内容や契約に関する書類などサービスに必要な情報を的確に記録し、利用者や家族に対して、より理解しやすいよう、具体的に情報提供をしていくことが求められます。

- **施設としての取り組みを明確にしていくことが望まれます。**

各場面において、障害や生活の状況に応じた個別支援が行われており、利用者個々には、多様な支援が提供されています。また、職員における各種委員会において様々な取り組みが伺えます。しかし、これらの取り組みが個々の取り組みにとどまり施設全体の仕組みには位置づけられていません。チームで利用者を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、施設としての取り組みを明確にしていくことが大切です。

○ 第三者評価結果に対する事業者のコメント

第三者評価を受審し、日々のサービスについて見直す機会となりました。申し送りや記録といった実態があり、施設として提供するサービスが整いつつある中で、利用者からの意向を取り入れる仕組みやマニュアルの見直し・更新という部分が定着していないという評価を受け、積極的に取り組んでいきたいと感じました。また、現在は個別支援としてアセスメントを行い状態把握しているが、今後は障害特性の特徴に応じた対応、支援が実施できるよう基礎知識を身に付けるための研修等も検討していきたいと思います。

利用者聞き取り調査では、利用者から職員に相談しにくい状況があることに気づかされ、結果ばかりに目を向けるのではなく、利用者の話をゆっくり聞く機会を設けることの重要性を感じました。忙しい業務の中ですが、利用者主体の支援にむけて日々励んでいきたいと思っています。

○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

I-1 理念・基本方針

		第三者評価結果
I-1-(1)	理念、基本方針を確立されている。	
	I-1-(1)-① 理念を明文化されている。	○a・b・c
	I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針を明文化されている。	○a・b・c
I-1-(2)	理念や基本方針を周知されている。	
	I-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	a・○b・c
	I-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	a・○b・c

特記事項

基本理念・職員倫理要領は施設各所に掲示され、ホームページ、パンフレットに記載し、公開されています。基本方針にあたる運営方針については、中期経営戦略、事業計画の中に明記されています。また、日常的に朝礼にて法人理念を唱和し、職員会議で継続的に周知する取り組みが行われていました。

現在、理念や基本方針について見直しを検討しており、今後、利用者や家族に対して、理念や方針がより理解しやすいような工夫や配慮が望まれます。

I-2 計画の策定

		第三者評価結果
I-2-(1)	中・長期的なビジョンと計画を明確にされている。	
	I-2-(1)-① 中・長期計画を策定されている。	○a・b・c
	I-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画を策定されている。	○a・b・c
I-2-(2)	計画が適切に策定されている。	
	I-2-(2)-① 計画の策定が組織的に行われている。	○a・b・c
	I-2-(2)-② 計画が職員や利用者等に周知されている。	a・○b・c

特記事項

法人において経営戦略会議を開催し、中期経営計画が策定され、進捗状況の確認や見直しが行われています。また、年次計画は職員の参画の下に検討が深められ、事業内容が具体的に記載されています。

今後は、中期経営計画と事業計画の連動を明確にしていくことによって、利用者や家族に対して更にわかりやすい周知が望まれます。

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
I-3-(1) 管理者の責任を明確にされている。		
I-3-(1)-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
I-3-(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。	(a) b・c
I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
I-3-(2)-①	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
I-3-(2)-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

管理者の役割・責任については会議・研修では表明され、年2回の管理職評価制度がなされています。また、施設の運営に関する研修に積極的に参加し、遵守の対象となる法令一覧表を作成し、必要に応じて職員に周知されていることが伺えます。

また、質の向上や運営の効率化については、第三者評価を定期的受審するなど、質の向上について継続的な取り組み姿勢が伺えるとともに、職員で構成する業務改善委員会や運営推進委員会で、検討が深められていることが伺えました。

今後は、管理者の具体的な取り組みや方針について文章化し、より責任とリーダーシップを明確にしていくことが期待されます。

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 経営状況の把握

		第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
Ⅱ-1-(1)-① 事業経営をとりまく環境を的確に把握されている。		(a) b・c
Ⅱ-1-(1)-② 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
Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査等が実施されている。		a・b・(c)

特記事項

法人会議や相談支援事業並びに地域自立支援協議会、行政会議等に参加することによって、事業を取り巻く状況や地域の状況を把握していることが伺えます。また、経営状況については、月次報告により利用率や光熱水費の推移等が示され、経営状況の把握と分析が行われています。顧問税理士による巡回指導にて予算執行状況、月次推移等を確認されていることは伺えますが、経営の透明化と客観性の担保を図る外部監査の実施には至っていません。今後は、把握された状況や課題を、施設において十分周知していくことが期待されます。

Ⅱ-2 人材の確保・養成

		第三者評価結果
Ⅱ-2-(1) 人事管理の体制を整備している。		
Ⅱ-2-(1)-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
Ⅱ-2-(1)-② 人事考課を客観的な基準に基づいて行われている。		(a)・b・c
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、必要があれば改善する仕組みを構築されている。		a・(b) c
Ⅱ-2-(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。		(a) -・c
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 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。		a・(b) c
Ⅱ-2-(3)-② 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が行われている。		a・(b) c
Ⅱ-2-(3)-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
Ⅱ-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。		
Ⅱ-2-(4)-① 実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にした体制を整備している。		(a)・b・c
Ⅱ-2-(4)-② 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伺えます。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、積極的に受け入れを行っています。今後は、職員の働きやすい環境整備の取り組みを明確にすることと人事プランを作成することによって、人事考課と連動した個別の人材育成計画が策定されることが重要です。

II-3 安全管理

		第三者評価結果
II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取組を行っている。		
II-3-(1)-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
II-3-(1)-② 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
II-3-(2) 積極的に防災に関する取組を行っている。		
II-3-(2)-① 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
II-3-(2)-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や安全対策確立に向けての取り組みが伺えます。

防災に関しては、施設の段差解消や安全確保の定期的なチェックや点検が行われ、災害時の対応についても地域との合同訓練が実施されており、安全体制強化に向けて地域や関係機関との協力体制の確立に積極的な働きかけが行われています。

今後は、外出時など多様な場面での安全管理対策について検証が進められるとともに、利用者を巻き込んだ安全管理の仕組みを構築していくことが必要です。

II-4 地域との交流と連携

		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。		
II-4-(1)-① 利用者との関わりを大切にしている。		a・(b)・c
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。		a・(b)・c
II-4-(1)-③ 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
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。		(a)・b・c
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。		(a)・b・c
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 地域の福祉ニーズを把握している。		a・(b)・c
II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。		a・b・(c)

特記事項

高校との連携をはじめ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、スポーツ、文化活動など）が多く、内容が充実しています。

関係機関との連携については、相談支援事業との連携や地域自立支援協議会に参画することによってネットワークが作られ、関係機関等との連携の構築を目指しています。

今後は、事業所として地域の福祉ニーズに応じた支援を整理してわかりやすくするなど、事業所が有する機能を地域に還元し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を明示している。		
Ⅲ-1-(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
Ⅲ-1-(1)-②	利用者のプライバシー保護に関する規定・マニュアル等を整備している。	a・○b・c
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。		
Ⅲ-1-(2)-①	利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している。	a・○b・c
Ⅲ-1-(2)-②	利用者満足の向上に向けた取組を行っている。	a・b・○c
Ⅲ-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制を確保している。		
Ⅲ-1-(3)-①	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
Ⅲ-1-(3)-②	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
Ⅲ-1-(3)-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

利用者を尊重する取り組みとして人権擁護委員会を設置し、人権プライバシーに配慮したマニュアルを整備するとともに接遇、身体拘束、虐待についての内部研修が実施されています。

利用者満足の向上では、家族会において意見や要望を集約し、明文化されています。

利用者が意見等を述べやすい体制については、相談支援事業と連携のもとマニュアルを整備し、多様な相談体制とその対応方法が確立されています。

今後は、把握した利用者満足度や苦情を分析整理され、サービスに反映する仕組みを整備していくことが望まれます。

Ⅲ-2 サービスの質の確保

	第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取組を組織的に行っている。	
Ⅲ-2-(1)-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
Ⅲ-2-(1)-② 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にしている。	a・b・c
Ⅲ-2-(1)-③ 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
Ⅲ-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。	
Ⅲ-2-(2)-① 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
Ⅲ-2-(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
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録を適切に行っている。	
Ⅲ-2-(3)-① 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
Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制を確立している。	a・b・c
Ⅲ-2-(3)-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

サービスの質の確保については、自己評価検討委員会を設置され、定期的に第三者評価を受審されていますが、改善に向けた継続的な取り組みには至っていません。今後は、評価結果を分析し課題を明確にしていくことで、改善に向けた取り組みの仕組みが構築されることを期待します。

サービスの標準化については、各提供サービスについてのマニュアルが整備され、標準的サービスチェックシートにより実施の状況を確認されていますが、見直しの方法は明確ではありません。今後更なる見直しも含む標準化に向けた継続的な取り組みが望まれます。

利用者個々の記録は、統一した様式でケース記録として記録され、毎日のミーティングやコンピュータを利用し、利用者の情報を共有しています。今後は、情報開示の方法や利用者の情報の流れを明確にしていくことが望まれます。

III-3 サービスの開始・継続

		第三者評価結果
III-3-(1) サービス提供の開始を適切に行っている。		
III-3-(1)-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
III-3-(1)-②	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
III-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応を行っている。		
III-3-(2)-①	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、不特定多数の方へ提供されています。</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伺えます。</p> <p>サービスの継続については退所支援手順書があり、地域への移行等退所にあたっての準備やバスに乗る訓練等を実施し、情報提供書を移行先へ送付しています。</p> <p>今後は、サービスの開始と継続について利用者によりわかりやすい資料の提供と工夫が望まれます。</p>
--

III-4 サービス実施計画の策定

		第三者評価結果
III-4-(1) 利用者のアセスメントを行っている。		
III-4-(1)-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
III-4-(1)-②	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
III-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画を策定している。		
III-4-(2)-①	サービス実施計画を適切に策定している。	a・ b ・c
III-4-(2)-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げられています。</p> <p>今後は、モニタリングから計画の見直しに至る手順を明確にするとともにサービス等利用計画を踏まえた利用者の具体的な将来の意向等を反映した計画づくりの仕組みを確立していくことが望まれます。</p>

評価対象A 実施する福祉サービスの内容

A-1 利用者の尊重

		第三者評価結果
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をしている。	a・(b)・c
A-1-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	a・(b)・c
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を整備している。	a・(b)・c
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。	a・(b)・c
A-1-(2) 利用者の権利擁護		
A-1-(2)-①	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

特記事項

<p>利用者のコミュニケーションとしては、文字盤や絵カードを使用するなど個別での工夫や支援が行われており、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。</p> <p>権利擁護の取り組みとして、虐待防止のための規程やマニュアルが整備され、職員の研修が行われています。</p> <p>今後は、自己表現についての支援や人権意識を高めるためのプログラムを用意することで、より一層、利用者を尊重する取り組みの充実が望まれます。</p>
--

A-2 日常生活支援

		第三者評価結果
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を用意している。	(a)・b・c
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している。	a・(b)・c
A-2-(1)-③	喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	a・(b)・c
A-2-(2) 入浴		
A-2-(2)-①	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
A-2-(2)-②	入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a・b・(c)
A-2-(2)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a・(b)・c
A-2-(3) 排泄		
A-2-(3)-①	排泄介助は快適に行っている。	(a)・b・c
A-2-(3)-②	トイレは清潔で快適である。	a・(b)・c
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。	(a)・b・c
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。	(a)・b・c

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。	a・b・c
A-2-(5)-②	理髪店や美容院の利用について配慮している。	a・b・c
A-2-(6) 睡眠		
A-2-(6)-①	安眠できるように配慮している。	a・b・c
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・b・c
A-2-(7)-②	必要な時、迅速かつ適切な医療を受けられる。	a・b・c
A-2-(7)-③	内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	a・b・c

特記事項

日常生活の支援については、食事や着替えなど障害や生活の状況に応じた工夫が伺え、支援マニュアルに基づいた個別支援が行われています。

健康管理については、協力医療機関の確保が適切にされており、嘱託医との連携も日常的に行われていることが伺えました。

今後は、施設内での日常的な生活の改善に向けて、更に利用者の意見や要望を取り入れる仕組みを構築し、生活の質の向上に向けた検討の機会とマニュアルの充実が望まれます。

A-3 社会生活支援

A-3-(1) 余暇・レクリエーション・社会参加		
A-3-(1)-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
A-3-(1)-②	社会参加に関する多様な機会を確保している。	a・b・c
A-3-(2) 外出・外泊		
A-3-(2)-①	外出は利用者の希望に応じて行っている。	a・b・c
A-3-(2)-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
A-3-(3) 所持金・嗜好品等		
A-3-(3)-①	預り金について、適切な管理体制を作っている。	a・b・c
A-3-(3)-②	新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意思や希望に沿って利用できる。	a・b・c
A-3-(3)-③	嗜好品（酒・たばこ・コーヒー等）については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意思や希望が尊重されている。	a・b・c
A-3-(4) 就労・作業活動		
A-3-(4)-①	就労に向けて、情報提供や職場実習の実施など、積極的な取り組みが行われている。	非該当
A-3-(4)-②	働く場として、個々の障害程度、特性に合わせた作業内容を用意している。	非該当
A-3-(4)-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。	非該当
A-3-(4)-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。	非該当

特記事項

行事、スポーツ大会、クラブ活動など、余暇・レクリエーションや社会参加の機会は多く、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。

情報媒体については、雑誌、テレビは個人で購読、設置できるようになっており、嗜好品も含めて一定の自由が確保されています。

今後は、ルールを文章化していくことによって、利用者の意向に応じた社会参加支援を明確に位置付けていくことが望まれます。

A-4 障害特性支援

A-4-(1) 障害特性支援		
A-4-(1)-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
A-4-(1)-②	行動障害のある方への特別な支援を行っている。	非該当
A-4-(1)-③	重複障害のある方への特別な支援を行っている。	a・b・ (c)
A-4-(2) 家族支援		
A-4-(2)-①	家族に対する支援、助言を行っている。	a・ (b) ・c

特記事項

障害特性については、アセスメントにより把握され、コミュニケーションノートや文字盤を活用し、本人の生活を視覚的に伝えるなど、障害特性に応じて環境が整えられています。また、理学療法士から定期的にアドバイスを受け、機能回復への個別支援として取り入れられています。

家族支援については、家族会の総会を年1回、役員会は年4回開催し、その中で制度説明を行っています。

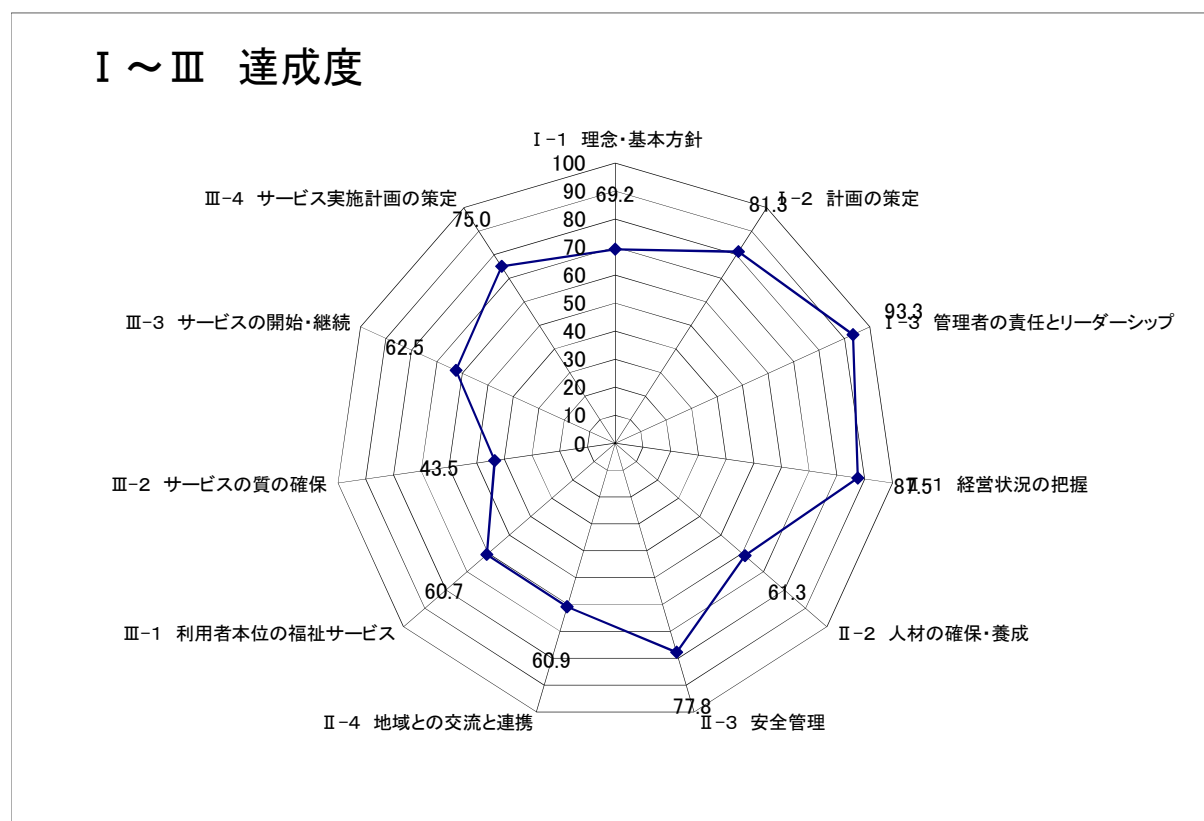
今後は、障害特性の事例検討と家族支援の位置づけについて整理され、支援を明確にすることが望まれます。

(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	13	9	69.2
I-2 計画の策定	16	13	81.3
I-3 管理者の責任とリーダーシップ	15	14	93.3
II-1 経営状況の把握	8	7	87.5
II-2 人材の確保・養成	31	19	61.3
II-3 安全管理	18	14	77.8
II-4 地域との交流と連携	23	14	60.9
III-1 利用者本位の福祉サービス	28	17	60.7
III-2 サービスの質の確保	23	10	43.5
III-3 サービスの開始・継続	16	10	62.5
III-4 サービス実施計画の策定	12	9	75.0
	203	136	67.0



A 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
1-(1) 利用者の尊重	17	10	58.8
1-(2) 利用者の権利擁護	4	4	100.0
2-(1) 食事	12	10	83.3
2-(2) 入浴	8	5	62.5
2-(3) 排泄	10	8	80.0
2-(4) 衣服	6	6	100.0
2-(5) 理容・美容	5	3	60.0
2-(6) 睡眠	5	4	80.0
2-(7) 健康管理	14	13	92.9
3-(1) 余暇・レクリエーション	8	5	62.5
3-(2) 外出・外泊	7	5	71.4
3-(3) 所持金・嗜好品等	11	6	54.5
4-(1) 障害特性支援	8	2	25.0
4-(2) 家族支援	3	1	33.3
	118	82	69.5
	321	218	67.9

A 達成度

