

兵庫県福祉サービス第三者評価  
評価結果報告書

施設名 : 姫路市立書写障害者デイサービスセンター  
(生活介護)

評価実施期間 2013年6月19日 ~ 2013年12月31日

実地(訪問)調査日 2013年10月21日

2013年12月16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	2013年6月19日～2013年12月31日 (実地(訪問)調査日 2013年10月21日)
評価調査者	HF05-1-0027 HF12-1-0006 HF12-1-0009 HF10-1-0004

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)姫路市立書写障害者 デイサービスセンター	種別： 生活介護
代表者氏名： (管理者)蓬 菜 義 直	開設(指定)年月日： 昭和・平成 18年 10月 1日
設置主体：姫 路 市 経営主体：社会福祉法人姫路市社会福祉事業団	定員 25名(利用人数)
所在地：〒671-2203 姫路市書写台二丁目7番地1	
電話番号：079-267-2636	FAX番号：079-267-2794
E-mail：swan294@meg.winknet.ne.jp	ホームページアドレス： <a href="http://www.city.himeji.lg.jp/s50/renais/">http://www.city.himeji.lg.jp/s50/renais/</a>

(2) 基本情報

<p>理念・方針</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>一人ひとりの個性や障害特性に配慮した支援を行います。</li> <li>一人の大人として、本人の尊厳やプライドを尊重します。身体介助の場面では、同性介助を徹底します。</li> <li>あらゆる活動において、「自己選択・自己決定」を最大限尊重します。</li> <li>「家」とは違う「社会」の一つとして、様々な経験が出来るように支援します。</li> <li>姫路市総合福祉通園センター(ルネス花北)の他部門と連携を図りながら、在宅で障害をもつ方の地域生活支援の一端を担えるように努めます。</li> </ul> <p>力を入れて取り組んでいる点</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>様々な活動メニューを準備し、小グループ展開をはかっています。各種活動を通じ、意思表示を大切にし、自分で決めることを尊重しています。</li> <li>多様な障害特性に応じた支援を行います。</li> <li>医療的ケアが欠かせない方の支援について、きめ細やかな対応を心掛けています。また他事業所看護師との連携を行っています。</li> <li>在宅生活において各種相談を受けながら、各種機関との連携をはかったり、福祉サービス等の利用に関するコーディネートを家族とともにしています。</li> </ul>
---

職員配置 ( )内非勤働	職 種	人 数	職 種	人 数	職 種	人 数
	サービス提供 責任者	3(0)	介護福祉士	2(0)	ホームヘルパー	3(1)
	看護師	2(0)	ケアマネジャー	2(0)	資格なし	7(2)
	社会福祉士	1(0)	相談支援従事者	2(0)		( )

施設の状況

旧、白鳥自立センターを新築移転時に改名し、平成22年4月に現在の書写障害者デイサービスセンターとなりました。知的障害のある方、身体障害のある方、また医療的ケアを必要とされる方を対象に、生活介護事業を展開しています。当事業所は、社会福祉士及び介護福祉士法附則第20条に定める「登録特定行為事業者」として登録済施設です。

利用者お一人ひとりの自己実現をめざした活動メニューや身体機能の維持をはかる取り組み、地域生活に係る相談支援を行っています。

### 3 評価結果

#### 総評

<p>特に評価の高い点</p> <p><b>さまざまな社会資源との連携が確立しており、姫路市の中核施設として多様な取組が行われています。</b></p> <p>相談支援事業や地域自立支援協議会、市役所と連携することによって、事業を取り巻く環境や状況を把握し、そのニーズに応じて、ネットワークの事務局をはじめ、姫路市の障害福祉の中核的な役割を果たしています。</p> <p><b>常時介護が必要な障害者を積極的に受け入れています。</b></p> <p>医療的ケアの必要な利用者を積極的に受け入れ、常時介護が必要な障害者が地域で安定した生活を送れるように支援されています。主治医が利用者ごとの医療的ケア指示書を作成しケアの内容を看護師や介護職員に指示しています。利用者一人ひとりの医療的ケア実施マニュアルを作成し、職員は利用者が疲れないように安楽な姿勢の維持に配慮しながら、支援に努めています。</p>
<p>特に改善を求められる点</p> <p><b>中・長期的な視点に立った事業計画を策定されることが必要です。</b></p> <p>社会の情勢や利用者のニーズに対応するためには、中・長期的な視点に立って、実施する福祉サービスの内容、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成等を具体的に示した事業計画を策定していくことが重要です。その中でも特に対人サービスである福祉事業においては、キャリアパスなど人材養成と一体となった人事プランの作成が急務です。</p> <p><b>サービスの質の向上に向けて、現状を分析し課題を明確にされることが必要です。</b></p> <p>自己評価においては、様々な取り組みが紹介されていますが、個々の事業評価に基づく課題の明示は具体的ではありませんでした。また、本評価においても多くの情報を把握され、多様な取り組みがあることが伺えましたが、その過程や取り組みの位置づけが不明瞭な点が見受けられました。今後はそれぞれの取り組みの現状を分析し、課題を明確にされることが望まれます。</p>

**マニュアル見直しの体制を整えサービスの標準化を図ることが有効と思われます。**

個別に応じたマニュアルは作成されていますが、サービスの標準化が課題です。現在は利用者一人ひとりに応じた手順書が作られており、支援が展開されています。今後、個別のマニュアルに加え、場面ごとの標準的なマニュアルの作成をしていくことでサービスの標準化を図ることが期待されます。それに伴い、支援の際、手順に沿っているかの確認方法、各マニュアルの見直し基準、客観的な視点での総点検の機会、利用者の意見の反映など、検索のしやすさ、活用しやすさという点を含めて今後のさらなる改善を期待します。

**第三者評価結果に対する事業者のコメント**

- ・自己評価～実地調査、利用者調査などを経て、今できている点と不十分な点と当事業所だけの課題、ルネス花北成人部としての課題、法人の課題が見えてきた。今後、優先順位をつけるなどして評価を活かしていきたい。
- ・できていると思っていたことでも、基盤となる部分の些細な文書化が欠けていたり、継続性を担保するための手立てが不完全であり、その指摘を受けたことで早急に取り組むべき課題が明らかになったと思う。トータルで完全なものに体系化し近づけていけるよう、今後取り組んでいきたい。

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

#### 特記事項

法人基本理念等は制定されていませんが、ルネス花北運営方針の前文に、理念と推察されるものが明文化されています。基本方針については、「成人4園のしおり」等に記載され、行動規範となるような具体的な内容となっています。また、別途、「成人部職員行動規準」があり、事業所独自の指針となる考え方は確認できました。

今後、法人の基本理念の策定に尽力することで、事業所単位における理念の策定が期待されます。

### - 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されている。	
- 2 -(1)- 中・長期計画を策定されている。	a・ <b>b</b> ・c
- 2 -(1)- 中・長期計画を踏まえた事業計画を策定されている。	a・ <b>b</b> ・c
- 2 -(2) 計画が適切に策定されている。	
- 2 -(2)- 計画の策定が組織的に行われている。	<b>a</b> ・b・c
- 2 -(2)- 計画が職員や利用者等に周知されている。	a・ <b>b</b> ・c

#### 特記事項

中長期計画については、現在、成人部ビジョンを施設長会プロジェクトチームで検討、作成しており、間もなく公表される予定です。

また、事業計画においては、単年度ごとに各部署での具体的目標を掲げ、実行されていますが、数値目標を設定するところまでには至っていません。

今後、実績目標や設備整備事業等において具体的にスケジュール化していくことや、実施状況を評価するための数値化が求められます。

また、利用者や家族等に理解しやすいような周知方法の工夫が望まれます。

- 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されている。	
- 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が発揮されている。	
- 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、サービスの質の向上に意欲をもち、その取り組みに指導力を発揮されておられます。また、施設内の経営や業務の効率化と改善に向けて、人事、労務、財務等の面から分析を定期的に行っています。

今後、自らの役割と責任について、その妥当性を常に検証し、組織の理念や基本方針の実現に向けて、人員配置、職員が働きやすい環境整備等、具体的に取り組んでいくことが求められます。

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されている。	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)- 外部監査等が実施されている。	a・・・(c)

特記事項

事業経営を取り巻く環境や経営状況の分析など、経営環境の変化に適切に対応されています。今後、把握した経営環境や分析して明らかとなった課題を中・長期計画や各年度の事業計画に反映していくことが求められます。  
 なお、姫路市による指定管理者監査は毎年実施され、指導・助言を受けていますが、法人規模からすると公認会計士等による外部監査が求められます。

- 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われている。	a・b・(c)
- 2 -(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	
- 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されている。	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が確立されている。	
- 2 -(3)- 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
- 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が行われている。	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) 実習生の受け入れが適切に行われている。	
- 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た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

人事権は法人本部にあり、施設長の採用権は基本的には臨時職員までです。事業運営に際して必要な配置基準を満たせるよう、正規職員の配置及び臨時職員の採用はしていても、必要な人材に関するプランの確立までには至っていません。  
 今後、人事政策の策定や職員一人ひとりに研修履歴や研修計画を立てていくことにより、専門職としての有資格取得や資質の向上が期待されます。また、後継者の育成を含んだ人事考課制度・キャリアパス制度の構築が求められます。

- 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が行われている。	
- 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が整備されている。	a・ <b>(b)</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>(b)</b> ・c
- 3 - (2) 積極的に防災に関する取り組みを行っている。	
- 3 - (2) - 防災や安全確保のための設備の工夫を行っている。	<b>(a)</b> ・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。	<b>(a)</b> ・b・c

特記事項

所在不明対応マニュアル、緊急対応マニュアル、避難訓練フロチャート、安全点検表、健康管理マニュアル、衛生管理マニュアル、服薬マニュアル、感染症対策マニュアルが整備され、緊急時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ます。今後は、利用者も参加した安全確保の検討会の定期的な開催が望まれます。

ヒヤリハット・対応報告書、緊急対応報告書において事例を収集し、対応策を検討しています。また、朝終礼で報告するとともに、書面を回覧し職員に周知されています。今後は、利用者に対する安全確保・事故防止に関する研修を行ったり、事故防止や安全確保策の実施状況や実効性について定期的に評価・見直しを行うことが求められます。そのために、安全委員会の活性化が望まれます。

なお、防災や安全確保のための設備の工夫など積極的に安全管理に関する取り組みが行われています。

- 4 地域との交流と連携

	第三者評価結果
- 4 - (1) 地域との関係が適切に確保されている。	
- 4 - (1) - 利用者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) 関係機関との連携が確保されている。	
- 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が適切に行われている。	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ている。	a・b・c
- 4 - (3) - 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

地域との関係を大切にされており事業計画の中に地域交流事業が盛り込まれています。今後は、個々の利用者のニーズに応じて、地域における社会資源を利用するよう推奨するとともに、利用者が企画の段階から参加するような、行事やレクリエーション、スポーツなどが行われることが望まれます。

関係機関との連携は、法人内の職業自立センター、相談支援事業所と連携を取り合い、利用者へのサービス向上のための連携や情報提供が行われています。必要な社会資源は明確にされ、リスト化もされています。また、関係団体・機関と定期的な連絡会を開催し、ネットワーク化に取り組まれています。今後、ネットワーク内での共通の問題に対して、解決にむけて協働する取り組みが期待されます。

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>b</b> ・c
- 1-(1)- 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	a・ <b>b</b> ・c
- 1-(2) 利用者満足の向上に努めている。	
- 1-(2)- 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している。	<b>a</b> ・b・c
- 1-(2)- 利用者満足の向上に向けた取り組みをおこなっている。	<b>a</b> ・b・c
- 1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。	
- 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。	<b>a</b> ・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>b</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>b</b> ・c

特記事項

利用者を尊重する取り組みを実践されており、年に数回、職員が実際に直接支援している場面をビデオに撮り、日頃の支援のチェックや利用者の反応を客観的に分析されています。

また、給食委員会や所長との懇談を通じて、利用者の意向を把握し、サービスへ反映されています。

今後、個人情報のみでなく、事業所としての利用者のプライバシー保護に関する規定・マニュアルを整備していくことが求められます。

苦情や意見についての仕組みは確立し、マニュアルに沿った支援が行われています。苦情については、発生状況と対応、対応策が記載されています。

今後、利用者の同意が取れた事例については、苦情内容・解決方法、結果等を公表していくことが求められます。

- 2 サービスの質の確保

	第三者評価結果
- 2 - (1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。	
- 2 - (1) - サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	(a)・b・c
- 2 - (1) - 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
- 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、サービスを提供されている。	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が確立している。	a・b・(c)
- 2 - (3) サービス実施の記録が適切に行われている。	
- 2 - (3) - 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	a・(b)・c
- 2 - (3) - 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	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

法人の中にサービス評価委員会があり、毎年、自己評価をされています。実施した自己評価は、論文形式にまとめられ、法人が発行している研究誌に掲載されています。今後、第三者評価の結果を踏まえた課題についての検討が求められます。

利用者の記録については、個別支援計画書に基づき適切に行われていることが伺えます。今後は、記録の管理体制の明確化と記録の管理について個人情報保護と情報開示の観点から、職員に対し教育や研修をしていくことが求められます。

- 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われている。	
- 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が行われている。	
- 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が行われている。	a・(b)・c

特記事項

<p>事業所からの情報発信として、苦情受付の写真入りポスター、社会資源のポスター、地域行事・法人内事業所等の情報など、さまざまなものが掲示されています。</p> <p>また、掲示物の高さや文言は、利用者の目につきやすい配慮がされています。</p> <p>利用開始時は、重要事項説明書に基づいた説明がされており、写真を入れることで利用者が理解しやすい工夫がみられました。</p> <p>他事業所への変更や退所時の配慮は、必要に応じて、引き継ぎ文書が作成され、適切に引き継がれています。</p> <p>今後においても、利用者へのサービスの継続性に配慮した引き継ぎが行えるように、手順など定めておくことが必要です。</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が行われている。	
- 4-(1)- 定められた手順に従ってアセスメントが行われている。	(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が策定されている。	
- 4-(2)- サービス実施計画を適切に策定されている。	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>一人ひとりの個性や特性を見極めて支援を行う「支援の個別化」に取り組んでいます。定期的に一人ひとりに対して基本動作、対人関係・情緒、社会生活力などの詳細なアセスメントを実施し、更に個人（家族）面談を行って要望などを確認したうえで個別支援計画を作成しています。個別支援計画には健康、生活、活動などについて目標と支援方法が記載されています。毎日の支援はこの個別支援計画に従って行われており、結果を日々のケース記録に記録されています。</p> <p>今後、個別支援計画の内容を関係職員に周知する手順と緊急時に個別支援計画をすみやかに変更する仕組みの確立が求められます。</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) - コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。		a · (b) · c
A - 1 - (1) - 利用者の主体的な活動を尊重している。		a · (b) · c
A - 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が整備されている。		(a) · b · c
A - 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
A - 1 - (2) 利用者の権利擁護		
A - 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

特記事項

多様な障害を持つ方が通所されており、支援において高い専門性を持っています。コミュニケーションを含め、個々の利用者に適した関わりや環境の設定により利用者支援を実践している結果、利用者は落ち着いた状態で事業所内で過ごすことができます。

特に、朝の会は利用者が主体的になって行うことになっており、言葉が上手く伝えられない利用者については、福祉機器を利用するなどの側面的な支援が行われています。

利用者の権利擁護の取り組みとして、虐待防止の取り組みは、法人全体として取り組まれています。施設内においてもケア会議の中で、何が虐待に当たるのかという具体的な検討をしていくことにより、職員間で共通認識を持たれています。身体拘束については、原則行っていませんが、利用者の安全確保のために必要であると判断した場合には、本人と家族に同意が取られています。

今後、人権意識を高める情報の提供が求められます。

A - 2 日常生活支援

		第三者評価結果
A - 2 - (1) 食事		
A - 2 - (1) -	サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。	a・(b)・c
A - 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
A - 2 - (1) -	喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	(a)・b・c
A - 2 - (2) 清潔の保持		
A - 2 - (2) -	利用者の意志を尊重しつつ、利用者の個人的事情に配慮した清潔の保持に努めている。	a・(b)・c
A - 2 - (2) -	衣類の着替え等が必要な場合の対応は適切である。	a・(b)・c
A - 2 - (3) 排泄		
A - 2 - (3) -	排泄介助は快適に行われている。	a・(b)・c
A - 2 - (3) -	トイレは清潔で快適である。	(a)・b・c
A - 2 - (4) 健康管理		
A - 2 - (4) -	日常の健康管理は適切である。	a・(b)・c
A - 2 - (4) -	必要な時、迅速かつ適切な医療を受けられる。	(a)・b・c
A - 2 - (4) -	内用薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	(a)・b・c

特記事項

日常生活支援は、個別支援計画に基づき、利用者の特性に応じたサービスが提供されています。医療的ケアが必要な利用者については、食事の際、胃ろうや経管栄養の対応が可能です。

日常の健康管理については、健康管理票を整備することで個々の状況を適切に把握されています。服薬管理マニュアルが整備されており、利用者個々の処方箋や飲み方を把握されています。

今後は、個別の支援を中心に業務が標準化されていることから、食事、排せつといった事業所全体での標準化やマニュアルの整備は進んでおらず、日常生活支援の全体像を明らかにされることが望まれます。

A - 3 社会生活支援

A-3-(1) 余暇・レクリエーション		
A-3-(1)-	余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われている。	Ⓐ・b・c
A-3-(2) 外出・外泊		
A-3-(2)-	外出は利用者の希望に応じて行われている。	a・Ⓑ・c
A-3-(3) 所持金・嗜好品等		
A-3-(3)-	預り金について、適切な管理体制が作られている。	a・Ⓑ・c
A-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・Ⓒ
A-3-(4) 就労・社会参加		
A-3-(4)-	就労に関する取り組みを確立している。	非該当
A-3-(4)-	社会参加に関する多様な機会を確保している。	a・Ⓑ・c

特記事項

社会生活支援として、てくてく(外出)、どきどき(ゲーム活動)、創作・いくいく(園芸)など多彩なカリキュラムが組まれています。これらの活動を通して健康増進や情緒の安定、社会との関わりや仲間との人間関係の構築、物事をやり遂げることによる達成感の充足が図られています。また、利用者と所長とのグループ懇談会を行うことで、利用者が主体的になれるような行事を検討されています。

今後、施設と利用者という関わりだけでなく、利用者と地域との関わりをますます深めていくことで、更なる地域生活の充実が求められます。

A - 4 障害特性支援

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

特記事項

医療的ケアが必要な方も通所されており、医師をはじめ、看護師や支援員と連携した支援が展開されています。

また、利用者の特性に応じた音楽療法やスヌーズレンの場が提供されています。

利用者家族会は年4回実施され、日頃の施設での様子がスライドショーで見えるようになっています。家族会の後には有志で食事会が開かれており、利用者家族の交流の場となっています。

医療的ケアが必要になった際には、看護師から家族に対して、吸引などの実施講習が行われています。他にも、障害に応じた支援の助言を必要に応じてされており、家庭に帰った後も安心して過ごせるよう配慮されています。

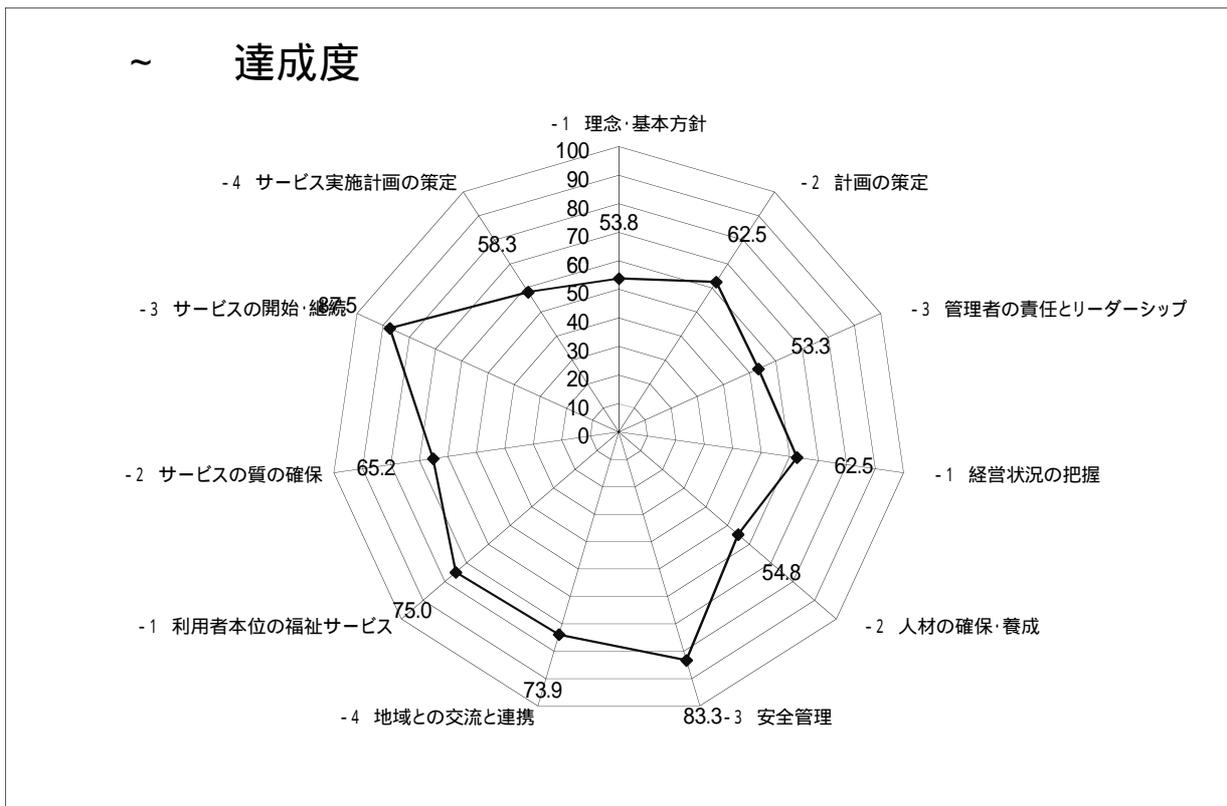
今後、より専門的な支援が継続的に行えるよう、支援方法や支援環境の整備が期待されます。

(別紙2)

### 各評価項目に係る評価結果グラフ

～ 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
-1 理念・基本方針	13	7	53.8
-2 計画の策定	16	10	62.5
-3 管理者の責任とリーダーシップ	15	8	53.3
-1 経営状況の把握	8	5	62.5
-2 人材の確保・養成	31	17	54.8
-3 安全管理	18	15	83.3
-4 地域との交流と連携	23	17	73.9
-1 利用者本位の福祉サービス	28	21	75.0
-2 サービスの質の確保	23	15	65.2
-3 サービスの開始・継続	16	14	87.5
-4 サービス実施計画の策定	12	7	58.3
	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	13	76.5
1 - (2) 利用者の権利擁護	4	3	75.0
2 - (1) 食事	12	10	83.3
2 - (2) 清潔の保持	10	8	80.0
2 - (3) 排泄	10	8	80.0
2 - (4) 健康管理	14	13	92.9
3 - (1) 余暇・レクリエーション	5	5	100.0
3 - (2) 外出	4	1	25.0
3 - (3) 所持金・嗜好品等	8	2	25.0
3 - (4) 就労・社会参加	3	2	66.7
4 - (1) 障害特性支援	12	11	91.7
4 - (2) 家族支援	3	2	66.7
	102	78	76.5
	305	214	70.2

## A 達成度

