

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	2008年9月2日～2009年1月31日 (実地(訪問)調査日 2008年10月28日)
評価調査者	HF05-1-0032 HF05-1-0027

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) いちかわ園ゆめさき分園	種別： 旧知的障害者通所授産施設
代表者氏名： (管理者) 坂口 芳朗	開設(指定)年月日： 昭和(平成) 10年 4月 1日
設置主体：社会福祉法人 中播福祉会 経営主体：社会福祉法人 中播福祉会	定員 (利用人数) 15(15)名
所在地：〒 671-2103 兵庫県姫路市夢前町前之庄2203-1	
電話番号：079-337-5037	FAX番号：079-337-5039
E-mail： Ysb5037@luck.ocn.ne.jp	ホームページアドレス： 無

(2) 基本情報

理念・方針： 障害のある方の自立支援と社会参加を目指した安心して生活できる地域づくりを目指す						
重点的に取り組んでいる点： 利用者の要望により、ボランティアの方に来ていただき、利用者と共に、お菓子作りをしている。 授産活動において、日々、作業評価を実施し、その評価に応じて利用者に対し、称賛したり、次の日のための励ましにしている。						
職員配置 ()内非常勤	職 種	人 数	職 種	人 数	職 種	人 数
	施設長	1(0)	指導員	3(0)	その他	0(0)
	事務員	1(0)	調理員	0(0)		()
	主任指導員	1(0)	医師	1(1)		()
施設の状況 平成10年に夢前地域の要望を受けて、法人として3つ目の拠点となる15名の通所授産施設分園として開設されました。現在は、日中一時支援など、地域の知的障害者サービスの拠点として活動しています。						

3 評価結果

総評

特に評価の高い点

1. 利用者の主体性については、自治会の活動から利用者同士で話し合い、さまざまなことを決めることによって、自主的な活動が支援されています。
2. 日常生活の支援については、自治会を通じ協議され、利用者の要望を反映していく手順が明確です。
3. 余暇・レクリエーションについて、自治会との話し合いにより、クラブ活動や行事の充実が図られています。

特に改善を求められる点

1. 各提供サービスについては、標準化が十分ではありません。早急にマニュアルを整備し、標準的なサービスの実施方法を確立されるように努めることが望まれます。
2. 虐待やプライバシーに関して、明確な定義と取り組みを標準化し、施設の組織的なシステムとして確立されることが望まれます。
3. 施設全体として、共有されたより専門的なプログラムや適切なアドバイスを受けられる体制や環境の構造化など障害特性に応じた支援環境の整備の充実が望まれます。

第三者評価結果に対する事業者のコメント

第三者評価を受審することにより、日々のサ - ビスが気付かぬままに当たり前と思ってしまうが、それが問題点であることに気付くための手段としたい。目の前の状況を当たり前と思うか、その仕組に問題はないかと思う「気付き」を得るものであった。

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 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) 利用者満足の上向上に努めている。	
- 1-(2)- 利用者やその家族等の意向の把握と満足の上向上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

自治会や連絡帳を通じ、利用者や家族との日常的な情報交換が行なわれており、その中より相談を要することや意見を吸い上げるといったきめ細かな対応がなされています。

苦情については、受付から解決までの体制の整備が行われており、丁寧な対応がうかがえました。

今後は、利用者からの相談、苦情、意見について、手順やマニュアルをはじめ、サービスの向上に反映する仕組みが、より整備されていくことが望まれます。

- 2 サービスの質の確保

	第三者評価結果
- 2-(1) 質の上向上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

サービスの質の確保については、本評価を通じて、取り組みがはじめられています。今後は、評価から見えた課題を明らかにし、事業所に応じたサービスの改善していく仕組みの確立を期待します。

各提供サービスについての標準化は十分ではありません。早急にマニュアルを整備され、標準的なサービスの実施方法を確立するように努めることが望まれます。

サービスの記録については、コンピュータを利用し、支援計画に基づいた記録が、個別に整備されています。しかし、記録の共有化や情報の活用についての取り決めがありません。今後、記録の共有化が図られ、情報が、サービスの改善・向上に活用されていく仕組みづくりが望まれます。

- 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

サービス提供の開始時は、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、説明が行われていることがうかがえました。

サービスの継続や退所後の支援については、法人内の相談支援事業所を通じ行われていることが確認できました。

今後は、契約やサービスの継続に関し、対応マニュアルを整備し、利用者にもわかりやすい説明の工夫と手順を明確にする取り組みが望まれます。

- 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

サービス実施計画については、利用者一人ひとりのアセスメントからニーズを適切に把握し、これを明示した計画が策定されていることがうかがえます。

今後は、計画の評価・見直しの手順を明確にし、定期的なカンファレンスにより利用者の同意とスタッフの合議に基づく、より組織的な計画の策定が行われることが望まれます。

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

利用者のコミュニケーションやエンパワメントの支援は、個別での取り組み事例はありますが、それらがプログラム化されるまでには至っていません。

利用者の主体性が尊重され、自治会の活動において、利用者同士での話し合いを通じて、さまざまなことを決めることによって、自主的な活動が支援されています。

利用者の権利擁護では、丁寧な対応や同性介護についての配慮はうかがえますが、権利擁護の研修などの取り組みは、確認できませんでした。

今後、個々の取り組みを施設としてプログラム化されることや虐待やプライバシーに関して、明確な定義と取り組みを標準化し、施設の組織的なシステムとして確立するように努めることが望まれます。

- 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) 清潔の保持	
- 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
- 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
- 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) 健康管理	
- 2-(4)- 日常の健康管理は適切である。	a・(b)・c
- 2-(4)- 必要な時、迅速かつ適切な医療を受けられる。	a・(b)・c

- 2-(4)- 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	a (b) c
- 2-(5) 趣味・嗜好	
- 2-(5)- 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)

特記事項

日常生活の支援において、どの項目においても、自治会や委員会を通じ、生活における利用者の要望を反映して個別対応がなされています。特に、ネイルアートなどのおしゃれについても支援されていることは評価できます。

健康管理においては、嘱託医や地域の医療機関との連携はありますが、書面や情報の整備など日常的な健康管理についての具体的な方法の確立が望まれます。

趣味・嗜好については、自治会を通じて協議され、利用者の要望を反映していく手順が明確になっていますが、嗜好品(飲酒、喫煙)についての検討は進められておりません。

今後は、個々の取り組みを整理し、標準化することによって、生活支援をより充実させていくことが望まれます。

- 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	
- 3-(2)- 外出は利用者の希望に応じて行っている。	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。	非該当
- 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。	a b (c)
- 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

余暇・レクリエーションについては、自治会との話し合いにより、クラブ活動や行事の充実が図られています。しかし、個人の外出や社会資源の利用については、具体的な支援はうかがえませんでした。

就労支援については、障害者に対する作業指導が積極的に実施されていることがうかがえました。しかし、目標設定が不明確で、就労に至るまでの体系的なプログラムの策定にまでは至っていません。

就労以外の社会参加については、定義や位置づけが不明確なものとなっています。今後は、社会参加の範囲・内容などを明確にするとともに、サービス過程において、これを適切に位置づけるような努力が望まれます。

- 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。	a・b・c
- 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

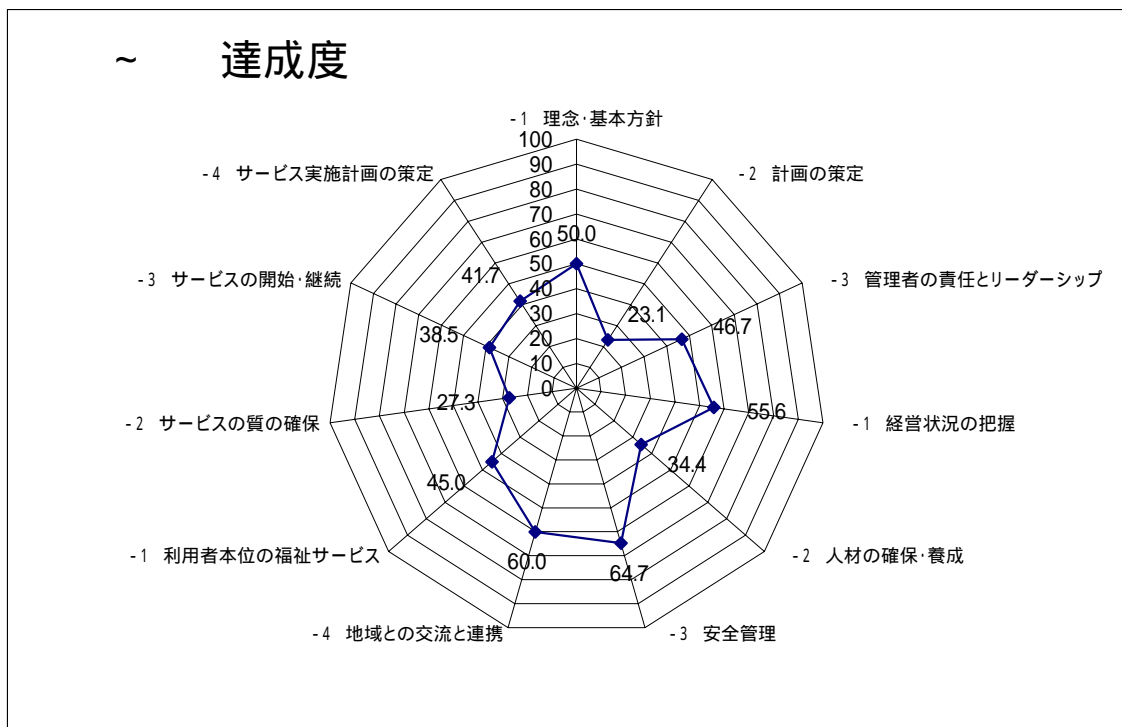
障害特性支援については、アセスメントシートで個人の能力を把握していることはうかがえますが、障害に対する特性の把握が不十分で、より専門的なプログラムや障害に応じた環境整備までは至っていません。

家族支援については、日ごろの連携は密接に行なわれ、書面によるサービス状況の報告などの取り組みはうかがえます。今後は、制度説明や家族が取り組むべき援助技術についての指導など、家族支援のより一層の強化が望まれます。

ゆめさき分園
～ 達成度

別紙2

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
-1 理念・基本方針	8	4	50.0
-2 計画の策定	13	3	23.1
-3 管理者の責任とリーダーシップ	15	7	46.7
-1 経営状況の把握	9	5	55.6
-2 人材の確保・養成	32	11	34.4
-3 安全管理	17	11	64.7
-4 地域との交流と連携	20	12	60.0
-1 利用者本位の福祉サービス	20	9	45.0
-2 サービスの質の確保	22	6	27.3
-3 サービスの開始・継続	13	5	38.5
-4 サービス実施計画の策定	12	5	41.7
～ 合計	181	78	43.1



ゆめさき分園
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	6	37.5
1 - (2) 利用者の権利擁護	11	3	27.3
2 - (1) 食事	8	5	62.5
2 - (2) 清潔の保持	10	4	40.0
2 - (3) 排泄	10	3	30.0
2 - (4) 健康管理	14	6	42.9
2 - (5) 趣味・嗜好	5	2	40.0
3 - (1) 余暇・レクリエーション	3	3	100.0
3 - (2) 外出	4	2	50.0
3 - (3) 所持金・預かり金の管理等	0	0	0.0
3 - (4) 就労・社会参加	8	0	0.0
4 - (1) 障害特性支援	12	1	8.3
4 - (2) 家族支援	3	2	66.7
合計	104	37	35.6
総合計	285	115	40.4

達成度

