

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	2008年9月26日～2009年1月28日 (実地(訪問)調査日 2008年11月27日)	
評価調査者	HF05-1-0025 HF05-1-0027 HF05-1-0033 HF05-1-0097	

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) 朝日ノ里	種別： 知的障害者通所更生施設
代表者氏名： (管理者) 山口清志	開設(指定)年月日： 昭和(平成)18年4月1日
設置主体：社会福祉法人 姫路睦福祉会 経営主体：社会福祉法人 姫路睦福祉会	定員(利用人数)H.20.11現在) 30(31)名
所在地：〒671-1204 兵庫県姫路市勝原区朝日谷46-1	
電話番号：(079)271 2951	FAX番号：(079)271 2952
E-mail： <a href="mailto:asahinosato@zeus.eonet.ne.jp">asahinosato@zeus.eonet.ne.jp</a>	ホームページアドレス：無し

(2) 基本情報

理念・方針： ・入所者の生活の安定 ・地域の福祉意識に対する意識の向上 ・職員の資質の向上						
力を入れて取り組んでいる点： ・食事時の配慮 ・同性介護						
職員配置 ( )はうち非常勤 職を明示	職 種	人 数	職 種	人 数	職 種	人 数
	施設長	1(0)	指導員	5(0)	その他	1(1)
	事務員	1(0)	介助員	2(2)		( )
	主任指導員	1(0)	医師	1(1)		( )
施設の状況 平成18年4月に、姫路市の南西部のJR網干駅に近い閑静な地域に、重度の知的障害のある方の施設として開設されました。居宅介護事業と併設しており、また、新しい施設ですが、地域の障害者の生活の拠点として定着しています。						

### 3 評価結果

#### 総評

<p>特に評価の高い点</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. 職員の資質向上については、外部研修への参加や内部の勉強会が積極的に行われており、充実していることがうかがえました。</li><li>2. 中期目標の一つとして地域との交流について明記され、地域への行事参加や交流が積極的に行われており、利用者ができるだけ参加ができるように、職員の支援もうかがえました。</li><li>3. 利用者や家族との日常的な情報交換が多くなされており、その中より、相談を要することや意見を吸い上げる対応がなされています。</li><li>4. クラブ活動において利用者同士で話し合い、活動の内容やルールを決めることによって利用者の主体性を尊重していることが確認できました。</li><li>5. 健康管理においては、毎週、歯科医が来訪するなど口腔衛生について充実した取り組みがうかがえます。</li><li>6. 障害特性支援については、個別の支援記録から、障害特性について把握が行われ、法人全職員を対象とした月1回の勉強会において、発達障害及び重複障害についての特性を学ぶとともに、事例検討が行われています。</li></ol>
<p>特に改善を求められる点</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. 運営管理の基本となる理念、基本方針、中期目標については、部分的には記述されていますが、全般的には不明瞭で、理念・基本方針の関連を分かりやすく整理し、会議やパンフレットなどを通じて職員及び利用者やその家族等に分かりやすく周知することが課題です。</li><li>2. 把握した社会福祉や地域の利用者の状況を分析、活用する仕組みを整備し、地域の福祉ニーズにのり的確に、事業運営に反映させていく努力が必要です。</li><li>3. 人材の確保と養成については、人事プランをはじめ教育研修計画や実習プログラムなどを整備し、計画的に取り組みることが課題です。</li><li>4. 虐待やプライバシーに関しては、マニュアルは策定されていますが、周知が十分になされておらず、また、標準化が行われていないので、今後、施設における仕組みとして確立されることが必要です。</li><li>5. 事業やサービスの内容について、パンフレットなど地域の障害者にも分かる文書の整備やサービスの利用開始と引継ぎの手順を明確にすることが必要です。</li><li>6. 各サービスの実施について、全般的に文書化が来ていません。今後は、マニュアル作成などサービスの標準化に向けて明確な仕組みづくりが必要です。</li><li>7. 就労・社会参加について、社会参加や就労に向けたプログラムの策定が、今後の課題です。</li></ol>

#### 第三者評価結果に対する事業者のコメント

支援する立場に立つと、大変厳しい内容の評価項目が多かったと思います。支援者の思いと評価項目の若干のずれの様なものがあり、戸惑いもあります。  
ただ、評価された点については、しっかり受けとめていきたいと思います。

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

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

法人の理念と運営方針および倫理規程が、玄関に掲示されています。しかし、それらが一貫したものとはなっていないため、位置づけや関連性が不明瞭に思われます。  
また、理念や基本方針を会議やパンフレットなどを通じて、職員、利用者及びその家族等に周知する取り組みは確認できませんでした。

### - 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に周知している。	a・b・(c)

#### 特記事項

中期目標が設定され、年度の事業の体系が示されていますが、内容については具体性に欠け、課題の整理から見直しまでの一連の仕組みに沿った事業計画として、文章化されたものではありません。

- 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

<p>日々の終礼において、管理者の考えや役割について表明されていますが、管理者として、法令遵守などの具体的な取り組みが確認できませんでした。今後は、業務上必要な法令をリストアップするなど取り組みを明確にする必要があります。</p> <p>質の向上や業務の効率化については、管理者も交え、終礼などの機会を捉えるなどして、日常的に話し合われていることはうかがえますが、具体的な改善に向けた取り組みまで至っていません。</p>
--

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

<p>知的障害者施設協会の役員や姫路市の障害福祉計画に携わることによって、社会福祉や地域の利用者の状況を把握しています。しかし、それらの情報を事業所として分析し、運営に役立てるまでは至っていません。</p>
---

- 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・ <b>(c)</b>
- 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・ <b>(c)</b>
- 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>(b)</b> ・c
- 2-(2)- 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	<b>(a)</b> ・ - ・ 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>(b)</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>(b)</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>(b)</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>(b)</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・ <b>(c)</b>

特記事項

職員の資質向上については、外部研修への参加や内部の勉強会が積極的に行われており、充実していることがうかがえました。  
しかし、人事プランをはじめ教育研修計画や実習プログラムなどがなく、人材確保と養成について、計画的な取り組みにはなっていません。

- 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>(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>(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。	a・ <b>(b)</b> ・c

特記事項

安全管理について、事故対応マニュアルが整備され、緊急時に活用する健康状況などを示した個別カードが作成されています。  
また、事故報告やヒヤリハット等の報告を基に、ミーティングにおいて安全対策が検討されています。  
しかし、検討の結果を、安全管理に反映するための仕組みが整備されていません。今後、地震や台風など火災以外の災害時の対応とあわせて、具体的な整備が必要です。

- 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

中期目標の一つとして地域との交流について明記され、地域への行事参加や交流が積極的に行われており、利用者ができるだけ参加が出来るように、職員の支援もうかがえました。  
 また、法人として、姫路南西部の事業所との合同勉強会や併設しているホームヘルプ事業との一体的運営など、地域福祉の向上のための連携が図られています。  
 ボランティアの受け入れや関係機関との連携についてのマニュアルが整備されておらず、仕組みが不明瞭です。

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

連絡帳や懇談会などを通じて、利用者や家族との日常的な情報交換は多く、その中より相談を要することや意見を吸い上げるなどの対応がなされています。  
 苦情受付窓口など、体制が整備されてはいますが、窓口の掲示や苦情のフィードバックの仕組みが出来ていません。  
 また、利用者からの相談、苦情、意見について、マニュアルがなく、利用者の声をサービスの向上に結びつける仕組みが明確ではありません。

- 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、本評価を契機に取り組みを開始されています。今後、本評価を踏まえ課題を明らかにし、改善していく仕組みを確立されることが課題です。

個々のサービスの標準化は、全般的に文書化が出来ていません。今後は、マニュアル作成などサービスの標準化に向けて明確な仕組みづくりが必要です。

サービスの記録については、個別に整備され、コンピュータネットワークによって共有がなされていますが、記録の保管管理についてのマニュアルが整備されていません。

- 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は、重要事項説明書にサービスについての具体的な内容を明示し、説明が行われていることはうかがえましたが、利用者にも分かりやすいものとするための工夫については確認できませんでした。

また、サービスの継続や退所後の支援についての取り組みは確認できませんでした。

- 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>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目標を明示し、合議に基づいて計画が策定されていることがうかがえます。</p> <p>計画の評価や見直しは定期的に行なわれていますが、利用者の意向確認を含む手順は確認できませんでした。</p> <p>また、内容についても支援方針は明確ですが、日常生活の支援については、具体性にかけるところが見受けられました。</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

<p>コミュニケーションやエンパワメントの支援については、個々のケースに応じた取り組みがうかがえます。また、クラブ活動において利用者同士で話し合い、活動の内容やルールを決めることによって利用者の主体性を尊重していることが確認できました。</p> <p>利用者の権利擁護では、同性介護や呼称についての配慮はうかがえます。</p> <p>虐待やプライバシーに関しては、マニュアルは策定されていますが、周知が十分になされておらず、また、人権擁護について議論や研修が行われていないので、施設としての仕組みとして確立するには至っていません。</p>
---



- 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

障害の状況に合わせて生活の支援が行われていることがうかがえます。特に食事の個別配慮についてはアレルギーや嚥下状況などの工夫が見られました。しかし、全体的に、支援方法についての明確な記述が十分ではなく、組織的な取り組みでなく、スタッフの力量によるところがうかがえます。

健康管理において、毎週、歯科医が来訪するなど口腔衛生について充実した取り組みがうかがえます。医療機関との連携は行なわれていますが、体調不良時や服薬時の手順など、支援方法の標準化が不十分です。

また、趣味・嗜好や食事などについては、利用者の要望を反映していく方法が不明瞭な点が見受けられました。

- 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。	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。	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・レクリエーションのメニューは多く、利用者アンケートをし、評判が良かったものを行っています。

所持金管理や外出など社会活動については、一部、自己管理の支援や併設のガイドヘルプの活用がうかがえましたが、多くは、家族が対応しています。

就労・社会参加について、重度の方の作業参加や情報提供などの取り組みはうかがえますが、社会参加や就労に向けたプログラムの策定までには至っていません。

- 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

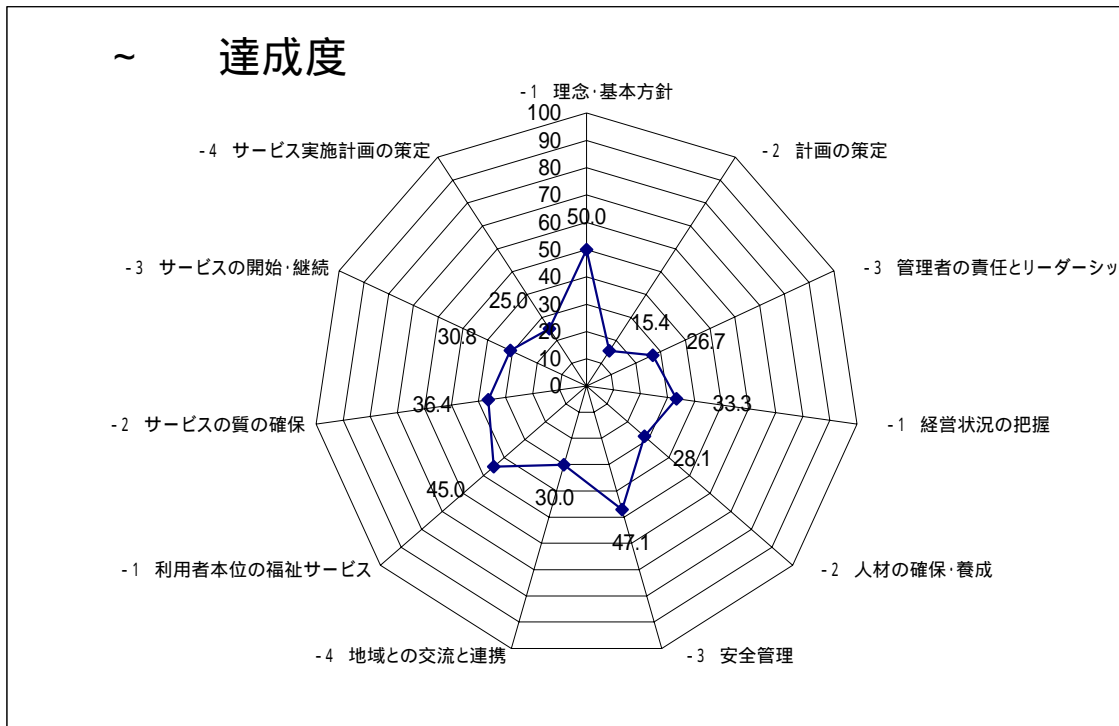
障害特性支援については、個別の支援記録から、障害特性について把握がおこなわれ、法人全職員を対象とした月1回の勉強会において、発達障害及び重複障害についての特性を学ぶとともに、事例検討が行われています。

家族支援については、日ごろの連携は密接に行なわれ、日頃のサービス状況の報告など書面による報告の取り組みはうかがえますが、家族への制度説明や援助技術指導の取り組みについては確認できませんでした。

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	8	4	50.0
-2 計画の策定	13	2	15.4
-3 管理者の責任とリーダーシップ	15	4	26.7
-1 経営状況の把握	9	3	33.3
-2 人材の確保・養成	32	9	28.1
-3 安全管理	17	8	47.1
-4 地域との交流と連携	20	6	30.0
-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	8	36.4
-3 サービスの開始・継続	13	4	30.8
-4 サービス実施計画の策定	12	3	25.0
～ 合計	181	60	33.1



## 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	8	50.0
1 - (2) 利用者の権利擁護	11	6	54.5
2 - (1) 食事	8	3	37.5
2 - (2) 清潔の保持	10	5	50.0
2 - (3) 排泄	10	8	80.0
2 - (4) 健康管理	14	4	28.6
2 - (5) 趣味・嗜好	5	1	20.0
3 - (1) 余暇・レクリエーション	4	4	100.0
3 - (2) 外出	4	2	50.0
3 - (3) 所持金・預かり金の管理等	3	1	33.3
3 - (4) 就労・社会参加	8	1	12.5
4 - (1) 障害特性支援	12	8	66.7
4 - (2) 家族支援	3	2	66.7
合計	108	53	49.1
総合計	289	113	39.1

## 達成度

