

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11月25日～2009年3月31日 (実地(訪問)調査日 2009年1月22日)	
評価調査者	HF05-1-0025 HF05-1-0027 HF05-1-0028 HF05-1-0033	

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) 加西市立 善防園	種別： 旧知的障害者通所授産施設
代表者氏名： (管理者) 青木 清	開設(指定)年月日： 昭和(平成)元年 4月 1日
設置主体：加西市 経営主体：加西市	定員(利用人数)H.20.12現在) 50(46)名
所在地：〒 675-2213 兵庫県加西市西笠原町172-142	
電話番号：(0790)48 3999	FAX番号：(0790)48-4037
E-mail： zemboen@city.kasai.lg.jp	ホームページアドレス：未設定

(2) 基本情報

理念・方針： 1、利用者中心であること 2、自己決定の尊重 3、人間性の確立 4、ノーマライゼーション(特別扱いしない) 5、暮らしと一体であること(家族との連携)						
力を入れて取り組んでいる点： 1. 利用者の目線に立って見る・考える 2. 個人ではなく、組織としてどうするかへの考えに立ち行動する 3. 施設から地域へ向けたボランティア活動の展開						
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)	指導員	7(0)	その他	0(0)
	事務員	1(0)	栄養士	1(0)		()
	主任指導員	1(0)	調理員	1(0)		()

施設の状況

平成元年4月に、加西市の南部の閑静な地域に、市内最初の知的障害のある方の活動拠点施設として定員30名で開設されました。その後地域のニーズに応じ、平成9年に定員を50名にするため増築されています。多様な障害に応じた作業活動を用意し、地域の障害者の活動の拠点として定着しています。

3 評価結果

総評

特に評価の高い点

1. 安全管理については、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。
2. 施設概要には、「地域と手をつなぎ…」という方針が明記され、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できるように、職員の支援がうかがえます。
3. 利用者も含め、施設全体でエコキャップ運動として、ペットボトルのキャップを収集し、地域の環境活動に貢献されています。
4. サービス実施計画については、手順書に基づいて、利用者一人ひとりのアセスメントから目標やニーズを明示し、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。
5. 利用者の会を開催し、行事などにつ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。
6. 食事の個別配慮については、アレルギーや肥満対策などの工夫が見られました。

特に改善を求められる点

1. 中・長期的な視点に立った組織的な計画を策定されるとともに、それらを利用者やその家族などに分かりやすく周知するように努めることが課題です。
2. 質の向上や業務の効率化について、管理者としての権限や位置づけが不明瞭で、具体的な改善に向けた取り組みまでには至っていません。
3. 人材確保と養成について、人事プランや教育研修計画の策定に努められることが課題です。
4. ヒヤリ・ハット情報などにより、リスクを把握し、利用者の日常生活における安全管理に反映するための仕組みづくりに努めることが必要です。
5. 虐待やプライバシーの定義など、利用者の権利擁護については、具体的な取り組みについての標準化がなされておらず、今後、施設としての仕組みとして確立されることが必要です。
6. 個々のサービスについて、標準的な実施方法の文書化ができていません。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に努めることが課題です。

第三者評価結果に対する事業者のコメント

公立の施設として20年歩んできましたが、運営体制、特に管理者の位置づけがはっきり明確になっていない現状を改めて実感しました。また、善防園本体の今後についての中・長期のビジョンが位置づけられていないとの指摘については、これを機会に行政とも協議を深めていきたいと考えています。

今後は、この受審結果を踏まえ、保護者との話し合いを重ね、行政への働きかけを積極的に行い、新体系サービス移行に向けて準備にかかりたいと考えます。

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

理念と運営方針が、施設概要及び業務マニュアルに明示されています。しかし、それらが一貫したものとはなっていないため、位置づけや関連性を整理され、分かりやすいものとなるように努力することが必要です。

また、理念や基本方針を会議や業務マニュアルを通じて、職員に周知していることはうかがえますが、利用者及びその家族など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

年次計画の作成において、目標と現状と課題について検討され、課題に応じた実施すべき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、中・長期の視点に立った事業計画としては、策定されたものではありません。

事業計画の作成を通して、施設運営の基本的方針を明確に位置づけられ、利用者やその家族等に分かりやすく周知するように努めることが課題です。

- 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

職員会議において、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。

質の向上や業務の効率化については、日常的に話し合われていることはうかがえますが、管理者としての権限や位置づけが不明瞭で、具体的な改善に向けた取り組みまでには至っていません。

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

知的障害者施設協会の情報のほか、加西市や特別支援学校に携わることによって、社会福祉施策の動向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には至っていません。

- 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

職員の資質向上については、その都度、知的障害者施設協会の研修や加西市で行なわれる外部研修に参加していることがうかがえました。また、福利厚生については福利厚生センターや施設職員互助会など複数の福利厚生制度に加入しています。

しかし、事業所としての人事プランや教育研修計画などがなく、人材確保と養成について、計画的な取り組みにまでには至っていません。

- 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) ・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

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、段差解消などバリアフリーについての取り組みはうかがえ、ミーティングにおいて安全対策が検討されていました。

しかし、ヒヤリ・ハット情報などを把握し、利用者の日常生活における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、具体的な整備に努めることが必要です。

- 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

<p>施設概要には、「地域と手をつなぎ・・・」という方針が明記され、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できるように、職員の支援もうかがえました。</p> <p>また、利用者も含め、施設全体でエコキャップ運動として、ペットボトルのキャップを収集し、地域の環境活動に貢献されています。</p> <p>地域福祉への取り組みや関係機関との連携については、就労や生活支援の連絡会への参加はうかがえますが、施設として、地域の福祉向上に向けた連携や活動までには至っていません。</p>
--

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

<p>連絡帳や利用者アンケートなどを通じて、利用者や家族との情報交換は日常的に行われており、その中より相談を要することや意見を吸い上げるなどの対応がなされています。</p> <p>苦情受付窓口など、体制が整備されていますが、苦情受付の実績はなく、さらに利用者の意見を吸い上げる努力が必要です。</p> <p>今後は、利用者からの相談、苦情、意見の対応について、マニュアルの整備をはじめサービスに反映する仕組みづくりに努めることが課題です。</p>

- 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

<p>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を期待します。</p> <p>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に努めることが課題です。</p> <p>サービスの記録については、個別に整備されており、カンファレンス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なく、仕組みを整備されていくことが必要です。</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>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にはうかがえましたが、ルビや写真を取り入れるなど、利用者に、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。</p> <p>また、サービスの継続や退所後の支援について、退所後に様子伺いをすることがありますが、個別的に相談に応じるなど退所後の支援として、体系化された取り組みは確認できませんでした。</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>サービス実施計画については、手順書に基づいて、利用者一人ひとりのアセスメントから目標やニーズを明示し、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、年2回定期的に行なわれていますが、利用者の意向反映や緊急時の見直しについては不明瞭な点がうかがえます。</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、サイン表を用いるなど、個々のケースに応じた取り組みがうかがえますが、施設の支援としての標準化するまでには至っていません。また、利用者の会を開催し、行事などにつ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>施設において、虐待やプライバシーの定義など、具体的な取り組みについての標準化がなされておらず、利用者の人権擁護について、具体的な議論や研修は確認できませんでした。</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肥満対策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、組織的な取り組みまでには至っていません。

健康管理において、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、支援方法の標準化に努めることが課題です。

また、趣味・嗜好や食事などについては、利用者の要望に基づいて改善会議を行うなど、日常の生活に反映していく仕組みの確立が望まれます。

- 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。	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

<p>余暇・レクリエーションは、利用者の会に情報提供し、利用者アンケートの結果を参考にし、内容を決定しています。</p> <p>所持金管理や外出など社会活動については、一部 支援がうかがえましたが、多くは、家族が対応しており、社会生活の支援の一環として、支援サービスの充実に取り組まれることが望まれます。</p> <p>就労・社会参加について、多様な作業メニューが用意され、重度の方の作業参加や職場実習体験などの取り組みはうかがえますが、就労・社会参加に向けたプログラムを策定するまでには至っていません。</p>
--

- 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

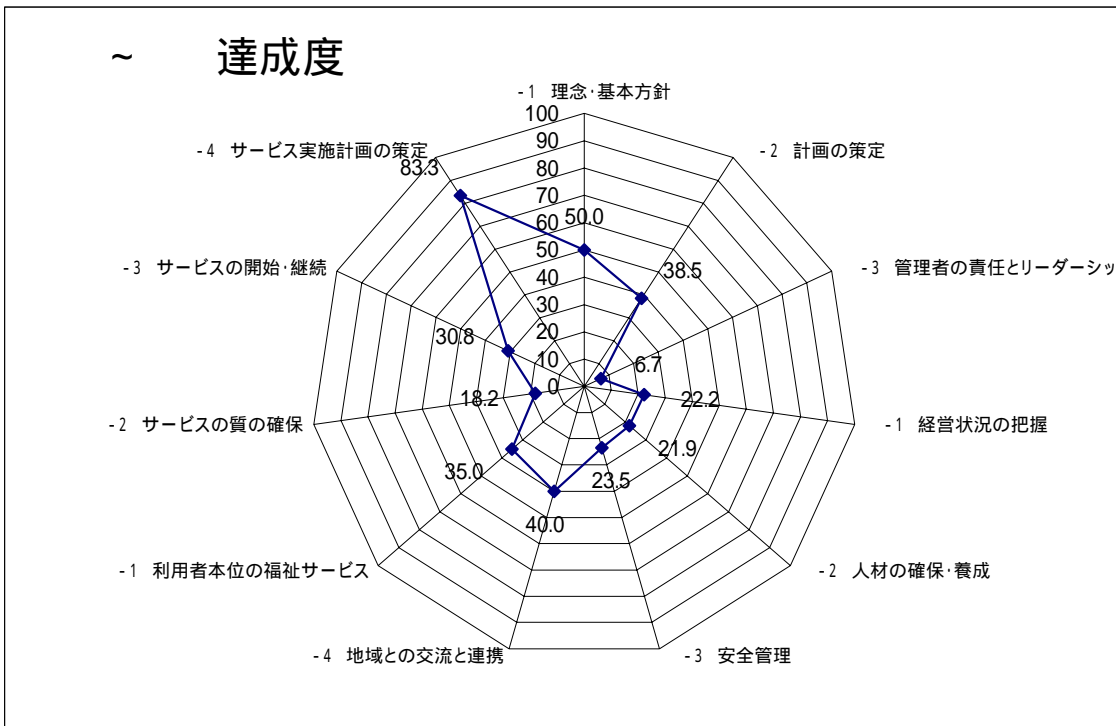
特記事項

<p>障害特性支援については、個別の支援記録や自閉症随伴症状(特性)シートから、障害特性について把握されていますが、全職員を対象とした研修や事例検討は行われていません。</p> <p>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支援技術指導の取り組みについては確認できませんでした。</p>
--

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	5	38.5
-3 管理者の責任とリーダーシップ	15	1	6.7
-1 経営状況の把握	9	2	22.2
-2 人材の確保・養成	32	7	21.9
-3 安全管理	17	4	23.5
-4 地域との交流と連携	20	8	40.0
-1 利用者本位の福祉サービス	20	7	35.0
-2 サービスの質の確保	22	4	18.2
-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	10	83.3
～ 合計	181	56	30.9



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	4	25.0
1 - (2) 利用者の権利擁護	11	2	18.2
2 - (1) 食事	8	6	75.0
2 - (2) 清潔の保持	10	4	40.0
2 - (3) 排泄	10	0	0.0
2 - (4) 健康管理	14	6	42.9
2 - (5) 趣味・嗜好	5	1	20.0
3 - (1) 余暇・レクリエーション	3	1	33.3
3 - (2) 外出	4	1	25.0
3 - (3) 所持金・預かり金の管理等	3	0	0.0
3 - (4) 就労・社会参加	8	3	37.5
4 - (1) 障害特性支援	12	1	8.3
4 - (2) 家族支援	3	2	66.7
合計	107	31	29.0
総合計	288	87	30.2

達成度

