兵庫県福祉サービス第三者評価
評価結果報告書

施設名　：　三愛園

（生活介護・障害者支援施設）

評価実施期間　2013 年 12 月 24 日　～　2014 年 4 月 30 日

実地（訪問）調査日　2014 年 2 月 21 日

2014 年 5 月 12 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　12月24日～　2014年　4月 30 日 （実地（訪問）調査日　2014年　2月　21日）
評価調査者	HF05-1-0025　　HF06-1-0046 HF05-1-0027　　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）　障害者支援施設　三　愛　園	種別： 生活介護・障害者支援施設
代表者氏名： （管理者）　森　田　智　裕	開設（指定）年月日： （昭和）平成　63年　4月　1日
設置主体：　社会福祉法人　愛光社会福祉事業協会 経営主体：　社会福祉法人　愛光社会福祉事業協会	定員　　生活介護　７３名 施設入所支援　５３名
所在地：〒　671－2246 兵庫県姫路市打越 1340 番地の 6	
電話番号：０７９－２６６－０８００	ＦＡＸ番号：０７９－２６６－７０３３
E-mail： sannaien@aiko-welfare.or.jp	ホームページアドレス： http://aiko-welfare.or.jp/

（2）　基本情報

理念・方針　：

・基本的人権を擁護し、人間の尊厳を尊重します。
・利用者本位の福祉サービスを提供します。
・安全・安心・快適な生活を提供します。
・地域に根ざした福祉サービスを提供し、信頼される施設を目指します。

力を入れて取り組んでいる点　：

・個別支援計画に基づき、柔軟性・具体性・多様性を持って取り組む
・利用者の健康管理、リスクマネジメントで、安定した生活を提供する。
・人材育成、スキルアップを図り元気な組織づくりに取り組む。
・播磨地域福祉サービス第三者評価機構の審査を受け、課題改善に努め、施設運営、利用者支援サービスの向上を図る。
・在宅障害者のニーズ調査、および情報提供により、中長期的な課題への取り組みを行う。

職員配置 ※（）内非常勤	職　種	人　数	職　種	人　数	職　種	人　数
	社会福祉士	4（0）	ヘルパー	9（3）	作業療法士	3（3）
	介護福祉士	14（2）	看護師	5（2）	その他	7（4）
	保育士	1（1）	理学療法士	1（1）	資格なし	12（9）

施設の状況

姫路市の北西部に昭和63年、重度の身体障害者のくらしを支える拠点施設として開設し、その後、平成元年に通所部門（ディサービス）を開設。施設の周りは、観光地と福祉施設が融合する福祉村となっています。そのような中で、「その人らしい」生き方で自己実現を目指し、心豊かに安心して暮らしていただけるよう介護・医療・生活面など専門的にサポートが提供されています。

3　評価結果

○総評

◇特に評価の高い点

- **サービスの具体的な向上のためＩＳＯ認証を取得し、サービス支援の継続的な改善活動を実践しています。**

　法人理念とともにISOにおける品質方針、施設運営方針を定め、施設の年次計画と一連の流れが確立し、事業が運営されています。また、ISOマネジメントシステムにしたがって、年2回各部署による見直しが行われており、全体職員会議並びに利用者自治会、家族会において周知されています。

- **リスクマネジメントについて、スタッフルームにて速報版を明示した後、事例蓄積・対策分析等を行うことで利用者の安全確保の充実が図られています。**

　リスクマネジメント委員会、感染症委員会等を設置し、安全確保体制の整備が行われています。具体的には、ヒヤリハット、アクシデント報告の仕組みを整備し、スタッフルームにて速報版を明示した後、事例を集積したものを委員会や各部署において対策がとられています。

- **栄養ケアマネジメントを取り入れた食事が提供されています。**

　食事は生活の中の一番の楽しみと捉え、選択メニューや行事食等変化に富んだ安心安全な食事を提供しています。また、利用者の身体状況の変化により療養食、ソフト食、刻み食など利用者の状態に応じた食事を提供に心掛け、栄養ケアマネジメントが取り入れられています。

◇特に改善を求められる点

- **人事プランや教育計画と連動した計画的な組織体制の整備が必要です。**

　人事を含む組織体制の整備は、主に法人において行われており、現在のところ具体的な人事プランは確立していません。基本方針や各計画を実現するためには、法に定められた人員だけでなく、必要な人材や人員体制について、組織として具体的なプランを作成し、それの基づいた人材の養成が必要です。今後は、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職員の教育計画が策定されることが重要です。

- **利用者にわかりやすい資料の工夫と提供が課題です。**

　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に適切に把握し、理解していくことが重要です。今後は、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、利用者や家族に対して、より理解しやすいよう、どのように伝えていくかを具体的に検討していくことが求められます。

- **個別支援をもとにしたプログラム化が必要です。**

　個別に利用者の意志に基づく支援は行われていますが、施設全体として組織的なプログラムの策定にまでは至っていないことが伺えます。今後は、個別に取り組まれている障害特性支援についてプログラム化することによって、施設全体の取り組みとして標準化されることが望まれます。

○　第三者評価結果に対する事業者のコメント

- 日々提供しているサービス内容について、改めて見直す機会になりました。
- 当たり前であると考えていた部分でも、第三者の理解のためには形にしておく事が必要であると認識できました。
- 今後の施設運営において必要な考え方や視点など、情報提供やアドバイスをいただくことできた。

○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)

（別紙１）

各評価項目に係る第三者評価結果

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

法人理念とともにISOにおける品質方針、施設運営方針を定め、施設に掲示するとともに事業計画等に記載されています。また、朝礼にて法人理念、基本方針を唱和し、全体職員会議で継続的に周知する取り組みが行われています。

今後は、法人理念と品質方針との関係性を明確にし、利用者や家族に対して、より理解しやすいよう、どのように伝えていくかを具体的に検討していくことが求められます。

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に周知されている。	a・(b)・c

特記事項

事業計画の中に中･長期的な視点をもった重点的取り組みが記載されていますが、法人全体の動きも含んだ総合的な中･長期計画の策定には至っていません。施設の年次計画は、各部署の目標と具体策が明示され、ISOマネジメントシステムにしたがって、年2回各部署による見直しが行われており、全体職員会議並びに利用者自治会、家族会において周知されています。

今後は、計画策定に関する手順を明確にするとともに、利用者や家族に対して、理解しやすいような工夫や配慮が求められます。

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

施設長就任時に「施設長の仕事」として役割と責任についてまとめられ、会議及び広報誌において表明されています。また、サービスの質の向上や業務改善に関し、ISOマネジメントシステムに基づいて、各種委員会を設置し、職員の意見を取り入れながら指導力を発揮していることがうかがえました。

今後は、管理者としての業務分析を的確に実施していくとともに、遵守すべき法令の整理に努められることが望まれます。

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

施設団体をはじめ、関係機関との連携のもと、社会福祉事業全体の動向を把握していることがうかがえます。また、事務部門や経営コンサルタントの分析を基に運営会議において、利用率やオムツの改善等の検討が行われていました。

今後は、それらが、事業計画等に具体的に示され周知されることが望まれます。

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
	Ⅰ-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を行われている。	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

職員の力量や専門資格については、個人診断システムを活用し、個々の課題を明確にしています。また、法人において研修委員会が設置され、施設全体の研修計画と合わせて、「スヌーズレン」や「音楽療法」など充実した内部研修が実施されています。

人材養成については、介護福祉士を中心に多くの実習を受け入れており、実習指導マニュアルのもと、組織的な実習受け入れ体制が確立しています。

今後は、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研修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われている。		
	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が整備されている。	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り組みを行っている。		
	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、感染症委員会等を設置し、安全確保体制の整備が行われています。具体的には、ヒヤリハット、アクシデント報告の仕組みを整備し、スタッフルームにて速報版を明示した後、事例を集積したものを委員会や各部署において対策がとられています。また、リフトやストレッチャーなど生活に必要な設備点検がこまめに行われており、安全点検の仕組みが確立しています。

今後は、利用者を巻き込んだ安全管理を進めるとともに、法人内連携も含め、多様な災害に対応する防災体制の確立が必要です。

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　利用者と地域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
	Ⅰ-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

地域との関係についての基本的な考え方を運営基本方針に明示しており、多くのボランティアや学校をはじめ地域資源との連携によって、利用者と地域との関わりを確立されています。また、市行政や関係機関との連携、法人内の相談支援事業との連携によって地域の福祉ニーズの把握が行われ、それに基づいて事業が展開されています。

今後は、地域交流の取り組みを体系化し、地域ニーズを明文化することにより事業計画に反映していくことが期待されます。

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り組みを行っている。	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

利用者尊重の姿勢は、法人の基本理念はじめ、基本方針に明示されています。また、利用者満足の向上についても、年に１回「満足度調査」が実施されていました。

利用者が意見等を述べやすい体制は、重要事項説明書に相談支援の項目を設け、相談内容によって必要な課及び職員（人）が対応できることを明記しています。また、苦情解決の仕組みについても、苦情解決から結果報告に至るまでの手順・書式が定められ、対応策について利用者や家族に説明がされています。

今後は、利用者のプライバシーに対しての取り組みを明確にするとともに、利用者の意見や要望の検討プロセスと改善に至る記録の充実、苦情の内容や結果等を公表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

定期的な第三者評価を実施するとともに、ISOの仕組みを基に毎年２回、施設のサービスや運営の状況について内部監査（マネージメントレビュー）を実施し、それをもとに分析を行い、課題の明確化が行われています。
また、サービスの標準的な実施方法を確立されており、それに基づいたサービスが実施され、適宜、見直しが行われています。
サービスの記録は、利用者の日常支援についてケア記録、医務課、リハ課等それぞれの部署において個別支援計画に基づいて行われおり、パソコンでネットワークをつないで記録等の確認が行われる状態になっています。
今後は、利用者に関する記録において、基準・取り扱いを明瞭化し、記録の書き方を含めた、記録管理についての教育や研修を行っていくことが求められます。

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

サービスの情報は、ホームページやパンフレットに詳細に記載され、体験や見学時を通じて、情報を提供しています。
契約の手続きについては、マニュアルの手順に基づいて説明し、契約書が交わされています。サービスの移行にあたっては、看護情報提供書を作成し、引継ぎが行われた事例を伺いましたが、具体的な仕組みの確立には至っていません。
今後は、施設において、サービス移行の仕組みを明確にするとともに地域移行した利用者のための支援組織の育成が求められます。

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

サービス実施計画は、定められた規定に基づいて、コンピュータソフトを用い、詳細なアセスメントが行われ、グループ会議における合議を経て、計画が策定されています。また、日常生活における支援の留意点は、生活支援実施書に詳細に記載されています。
計画の見直しは、年1回の定期的な見直しに加え、毎月の会議から必要に応じ、見直しがされています。
今後、緊急時のサービス実施計画書をすみやかに変更する仕組みの整備が求められます。

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

利用者のコミュニケーション支援として、パソコンや福祉機器、文字盤等の活用などを活用して個別での工夫や取り組みが伺え、それらが支援計画に記載されています。

また、利用者の主体性やエンパワメントについては、利用者自治会やクラブ活動を通じて支援がなされるとともに、権利擁護について、行動規範を明確にし、身体拘束や虐待のマニュアルを整備するなどの取り組みが実施されています。

今後は、自己表現や人権意識を高める取り組みについて具体的なプログラムの確立が望まれます。

Ａ－２　日常生活支援

		第三者評価結果
A-2-(1)　食事		
	A-2-(1)-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

食事については、個別の支援計画に加え、栄養ケアマネジメントが作成され、利用者の身体状況の変化により療養食、ソフト食、刻み食などの個別支援が行われています。

衣服の選択やおしゃれの支援については、雑誌を置き、職員が一緒にカタログを見るなど、本人の要望に応じた整容やおしゃれの支援がなされている事例が伺えました。しかし、地域の理美容店の利用に関する支援には至っていません。

健康管理では、医務課を中心に健康管理票（カルテ）が整備され、日常の健康管理が行われています。また、連携している医療機関を複数確保され、緊急時など明確な手順に従い対応されています。

今後は、施設内での日常的な生活の取り決めについて、利用者の意見や要望が取り入れられる仕組みを確立するとともに日常的な健康増進の取り組みの明確化に期待します。

Ａ－３　社会生活支援

A-3-(1)　余暇・レクリエーション		
	A-3-(1)-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-(2)　外出・外泊		
	Ⅳ-3-(2)-①　外出は利用者の希望に応じて行っている。	a・(b)・c
	Ⅳ-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		
	Ⅳ-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
	Ⅳ-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
	Ⅳ-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・社会参加		
	Ⅳ-3-(4)-①　就労に関する取り組みを確立している。	非該当
	Ⅳ-3-(4)-②　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、情報の掲示と朝礼での説明で情報を提供しており、ボランティアの参画を含め、施設における行事とレクリエーションを中心とした支援が行われています。また、外出については、個別に支援は行われていますが、ルール化や標準化には至っておらず、利用者の希望への配慮など不明瞭な点が見受けられました。

社会参加については、個別に本人の意志に基づく支援は行われていますが、施設全体として組織的なプログラムの策定にまでは至っていないため、施設外の資源の活用や情報提供の取り組みの充実が望まれます。

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。	a・(b)・c
	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

障害特性を理解し、個々の障害特性に応じた支援が行われています。

近年においては、利用者の加齢に伴う日常生活動作の低下が目立ち始めているのと同時に、家族も加齢で対応できないという新たな課題が増えてきているのが現状です。

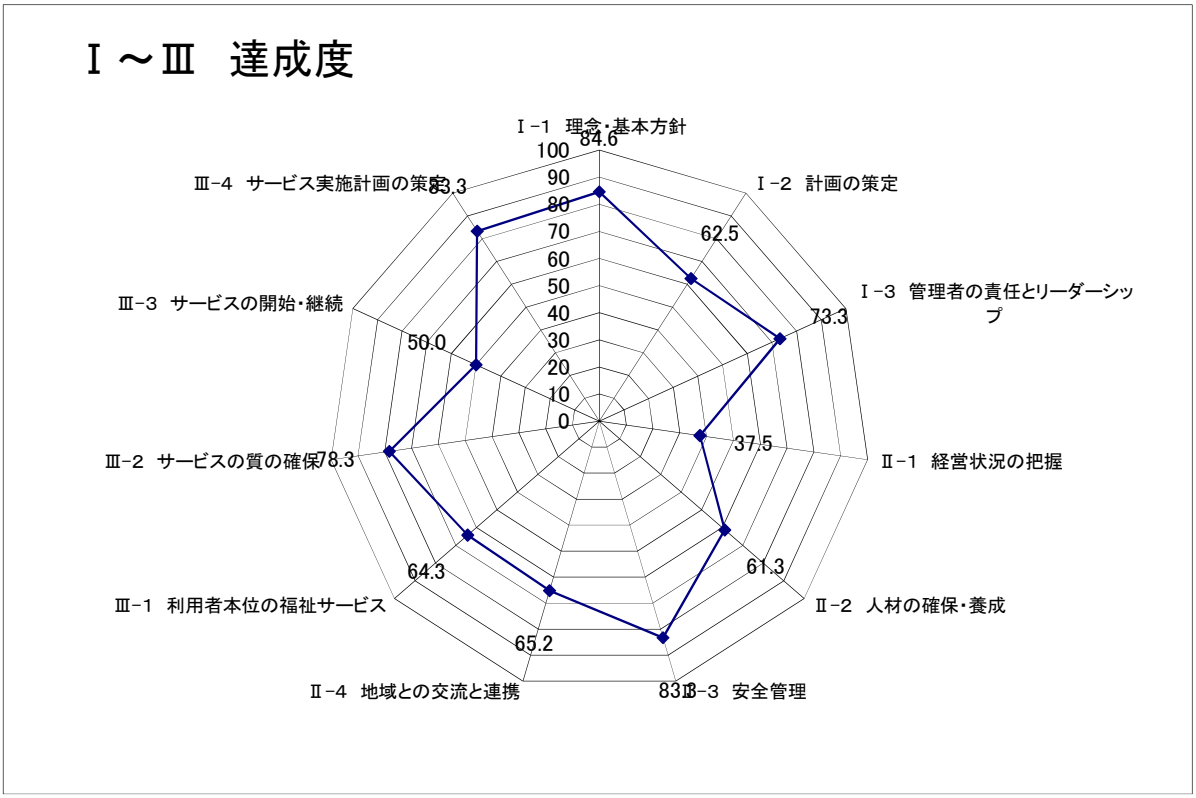
今後は、個別に取り組まれている障害特性支援についてプログラム化することによって、施設全体の取り組みとして標準化されることが望まれます。

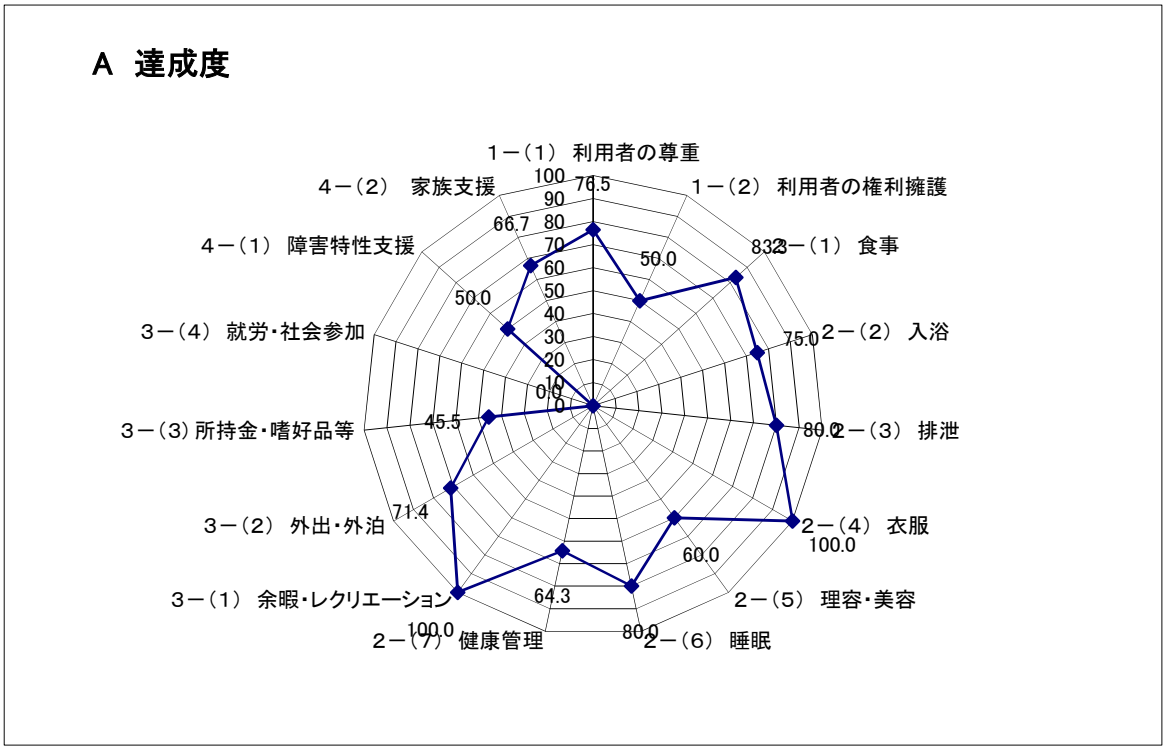
（別紙２）

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	11	84.6
Ⅰ-2　計画の策定	16	10	62.5
Ⅰ-3　管理者の責任とリーダーシップ	15	11	73.3
Ⅱ-1　経営状況の把握	8	3	37.5
Ⅱ-2　人材の確保・養成	31	19	61.3
Ⅱ-3　安全管理	18	15	83.3
Ⅱ-4　地域との交流と連携	23	15	65.2
Ⅲ-1　利用者本位の福祉サービス	28	18	64.3
Ⅲ-2　サービスの質の確保	23	18	78.3
Ⅲ-3　サービスの開始・継続	16	8	50.0
Ⅲ-4　サービス実施計画の策定	12	10	83.3
	203	138	68.0



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	2	50.0
2－(1) 食事	12	10	83.3
2－(2) 入浴	8	6	75.0
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	9	64.3
3－(1) 余暇・レクリエーション	5	5	100.0
3－(2) 外出・外泊	7	5	71.4
3－(3) 所持金・嗜好品等	11	5	45.5
3－(4) 就労・社会参加	3	0	0.0
4－(1) 障害特性支援	12	6	50.0
4－(2) 家族支援	3	2	66.7
	122	84	68.9
	325	222	68.3