

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 暁 乃 里

(施設入所支援・生活介護事業)

評価実施期間 2014年10月24日 ～ 2015年3月31日

実地（訪問）調査日 2015年 1月 14日

2015年3月18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



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	2014年 10月 24日～ 2015年 3月 31日 (実地 (訪問) 調査日 2015年 1月 14日)
評価調査者	HF05-1-0027 HF10-1-0010 HF10-1-0011 HF12-1-0006

※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) 姫路暁乃里	種別：指定障害者施設 (施設入所支援・生活介護事業)
代表者氏名： (管理者) 灘 一 善	開設 (指定) 年月日： 昭和・平成) 15年 4月 1日
設置主体：社会福祉法人 五倫会 経営主体：社会福祉法人 五倫会	定員 施設入所支援 30名 生活介護 35名
所在地：〒671-0111 兵庫県姫路市の形町の形 3558	
電話番号： 079-247-9797	FAX番号： 079-247-9898
E-mail： challenger@tiara.ocn.ne.jp	ホームページアドレス： http://www.akatsuki-sato.com/

(2) 基本情報

理念・方針： <b>【理念】</b> 孟子の「五倫」の教えに基づき、すべての人の尊厳を大切にし、自らの意思で自立した生活を送ることができる共生社会の実現を目指します。 <b>【基本方針】</b> 1. 利用者の意向を尊重し、多様な福祉サービスを総合的に提供します。 2. 利用者が、個人の尊厳を保持しつつ、心身ともに健やかに育成されるよう努めます。 3. 利用者の有する能力に応じ自立した日常生活を地域社会において営むことができるよう支援します。						
力を入れて取り組んでいる点： <b>【重点事項】</b> 1. 利用者の自己選択・自己決定権を尊重した利用者本位の福祉サービスの提供 2. 利用者の社会参加の促進と地域福祉の推進 3. 職員の資質向上 4. 健全で安全な施設環境整備と事故防止の徹底 5. 利用者のニーズに的確に対応						
職員配置 ※( )内は常勤	職 種	人 数	職 種	人 数	職 種	人 数
	社会福祉士	1 (0)	社会福祉主事	2 (0)	ホームヘルパー2級	11 (0)
	精神保健福祉士	1 (0)	准看護師	1 (1)	ガイドヘルパー	8 (0)
	介護福祉士	6 (0)	知的障害者援助専門員	4 (0)	その他	7 (1)

	保育士	1 (0)	ホームパ-1級	1 (0)	
<p>施設の状況</p> <p>姫路市の一番東南部に位置し、高砂市と隣接した地域にある知的障害者のある方が主に利用されている施設入所施設です。現在、定員入所支援30名、生活介護35名です。利用者の年齢は、最年少22歳、最高齢67歳、平均年齢41歳です。いつも、笑顔を忘れず、利用者のペースに合わせ、同じ目線に立った支援を目標に職員一同頑張っています。</p>					

### 3 評価結果

#### ○総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>○ <b>法人の理念や基本方針が浸透し、利用者支援につながっています。</b></p> <p>理念・基本方針は、自立と共生を主題にし、自らの意思で自立した生活を送ることができる共生社会という法人の基本的考えが明確にされています。</p> <p>また、「職員の誓い」として職員の基本姿勢を明示するとともに、現在、理念・基本方針について職員全体で見直しを行うことにより、理念や基本方針が利用者支援につながっていることが伺えます。</p> <p>○ <b>「業務改善アンケート」など職員が施設運営に参画する機会が多くあります。</b></p> <p>全職員対象に実施される「業務改善・改修アンケート」により、定期的に施設の課題を整理し、事業計画に反映しています。また、職員会議をはじめ、委員会等において、施設の業務の見直しが行われ、業務の改善について検討がなされています。</p> <p>○ <b>利用者の主体性を尊重した個別支援が行われています。</b></p> <p>利用者本位の取り組みとして、法人の理念や基本方針に利用者尊重の基本方針が明示され、個別支援に重きを置くことを職員間の共通認識として持たれています。具体的には、音楽療法、太鼓教室、体操教室などの余暇活動に主体的に参加したり、利用者の希望でコンビニエンスストアに外出するなど、利用者の主体的な活動が行える工夫が伺えます。</p>
<p>◇特に改善を求められる点</p> <p>○ <b>中・長期のビジョン（目標）に基づき、今後の事業方針を具体的に示した中・長期事業計画を策定していくことが課題です。</b></p> <p>社会の動向、組織の状況、利用者や地域のニーズ等の変化に対応するためには、単年度の計画ではなく、中・長期的な視点に立った計画が必要となってきます。特に設備環境の整備や人員の養成については、長期的な綿密な計画が求められています。今後は、利用者の状況や事業所運営における様々な側面を踏まえ、事業所独自の実施する福祉サービスの内容、組織体系、設備の整備、職員人材育成等を具体的に示した中・長期的な計画の策定が必要であると思われます。</p> <p>○ <b>利用者の意向や状況によって、利用者本位の取り組みを明確にしていくことが重要です。</b></p> <p>利用者とのコミュニケーションを図り、利用者の気持ちに寄り添う支援が実践されていますが、利用者が主体的に暮らしを選択していくためには、利用者や家族の意向やニーズを適切に把握し、理解していくことが重要です。今後は、利用者の意向や状況を明確にし、利用者のニーズをサービスに反映する仕組みを構築することで、利用者本位の取り組みを明確にしていくことが求められます。</p> <p>○ <b>個々のニーズに応じた対応が取れるよう、マニュアルやプログラムの整備が必要です。</b></p> <p>現在は、各場面において、利用者の生活の状況に応じた個別支援が行われており、検討が必要な場合には、職員で話し合い、個々の対応を決めることによって、サービスを提供されていますが、個々の取り組みにとどまり施設全体の仕組みには位置づけられていません。チームで利用者を支援していくためには、各場面において支援の目的やねらいを明確にし、ベースとなる標準的な支援方法を確立していくことが大切です。今後は、業務水準の確保や継続的・安定的にサービス水準を保つために、基本的な業務の標準化について話し合いを進め、順次マニュアルやプログラムを整備していくことが望まれます。</p>

○ 第三者評価結果に対する事業者のコメント

支援等の質を更に向上させようと考えている中で、今回ご意見頂けた事は当施設にとって、とても良い事であったと思います。

グラフで見た際の達成度の低い項目を向上させていく事で、限りなく円に近づけていける様に努めていきたいと思っています。その中で姫路暁乃里という施設の特性を磨いていく事が出来ればと感じました。

○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)

## 評価細目の第三者評価結果

### 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

理念・基本方針は、自立と共生を主題にし、自らの意思で自立した生活を送ることができる共生社会という法人の基本的考えが提示されており、事業計画書や法人ホームページなどに記載され、公開されています。

また、「職員の誓い」として職員の基本姿勢を明示するとともに、現在、理念・基本方針について職員全体で見直しが行われていることが伺えました。

今後は、理念や基本方針について、利用者にわかりやすい資料を作成することによって、より理解が深まることを期待します。

### 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等に周知されている。	a・○b・c

#### 特記事項

計画の策定においては、中・長期的な目標を記載した年次計画は策定されていますが、中・長期計画の策定までには至っていません。

また、事業計画の策定については、職員の参画は伺えますが記録されておらず、手順や策定過程は明確ではありませんでした。

今後は、中・長期目標の達成に向けた具体的な方法を明らかにするとともに、事業計画を利用者や家族に、より分かりやすい資料を作成して、説明していくことが課題です。

### 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

管理者は自らの役割と責任について、職員会議や各委員会において表明するとともに、施設の広報誌にも掲載されています。また「業務改善アンケート」や職員会議で上がった提案を基に、福祉サービスの質の向上の取り組みに指導力を発揮されていることが伺えました。

今後は、実施するサービスの質の現状について定期的かつ継続的に評価・分析を行うとともに、管理者の取り組みを文章化す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

事業経営をとりまく環境については、施設団体をはじめ、特別支援学校や行政との連携により社会福祉の動向について把握されるとともに、各事業の経営分析を定期的に行っていることが伺えました。

今後は、把握された事業を取り巻く状況の中・長期計画に反映することによって、事業展開に結びつけていくことが期待されます。

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
Ⅱ-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が行われている。	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

人材確保・養成については、事業計画の中に人事管理に関する方針を明示し、外部から各分野の専門家等を招き、内部研修や事例検討を実施しています。また、実習生の受け入れについてもマニュアルや体制を整備し積極的に実施しています。

今後は、必要な人材に関するプランや職員個々の教育・研修計画を策定することによって、より総合的な人材養成が計画的に行われることが必要です。



## 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が行われている。	
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組を行っている。	
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

安全管理については、研修委員会・環境衛生委員会等で安全確保が検討され、救急法の研修が行われています。また、ヒヤリハットなどリスク把握の取組も行われており、安全管理の意識づけが行われています。

今後は、把握したリスクの活用を明確にするとともに、利用者を巻き込んだ安全管理の仕組みを構築していくことが望まれます。

## 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

利用者と地域の関わりについては、事業計画の方針に地域連携が掲げられており、コンサートや夏祭りを企画したり、地域の祭りに参加するなど多様な交流が行われています。また、社会資源の活用も伺いましたが、事業所の有する機能を地域に還元する仕組みは確立されていません。

関係機関との連携については、福祉サービスにおける関係機関との連携は確認できず、関係機関とのネットワークの構築が求められます。

今後は、更に地域の福祉ニーズを明確にすることで、関係機関との円滑な協働の取組みが期待されます。

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

利用者本位のサービスは、権利や虐待について研修が実施されていることが伺えます。  
 利用者満足の向上については、定期的に利用者との面談や家族会で意向の把握は行われていますが、利用者の意向に基づく検討会議の実施・検討までには至っていません。  
 苦情解決の仕組みについては確立し、周知されていますが、苦情の検討内容や経過の記録が不十分で、利用者や家族等にフィードバックする仕組みは不明瞭でした。  
 今後は、利用者からの日常的な意見に迅速に対応できるよう意見提案に関する対応マニュアルの整備をしていくことで、対応の体系化が必要です。

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

サービスの質の向上に向けた取り組みは、3年に1度の第三者評価を受審することにより、評価結果を分析・検討し、改善に向けた取り組みが伺えますが、課題に対する改善策・改善計画は明確ではありません。今後は改善のサイクルを明確にしていくことが望めます。

個々のサービスの標準的な実施方法は、一部、マニュアルを整備することにより確立されていますが、見直しを行う仕組みについては明確ではありません。

サービスの記録は、利用者の日常支援について、それぞれ個別支援計画に基づいてパソコンのネットワークで記録が行われ、利用者の情報が共有されています。

今後は、基本的な業務の標準化について話し合いを進め、順次マニュアルやプログラムを整備していくことが望めます。

### 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

利用希望者についての情報提供は、写真などが入ったわかりやすいホームページが公開され、見学にも随時対応されています。

また、利用の開始にあたっては、重要事項説明書に基づき職員によって説明が行われ、同意が得られています。

事業所の変更や家庭などへの移行については、退所者への積極的なフォローを行っている事例を伺いましたが、引き継ぎ文章や退所後の支援に関する書面はありませんでした。

今後は、サービスの開始と継続について、手順を明確にするとともに利用者によりわかりやすい資料の提供と工夫が望まれます。

### 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

サービス実施計画については、アセスメントからニーズの明示、計画の策定、見直しまで、一連のサイクルによって行われていることが伺えます。

策定方法については、サービス管理責任者が中心となって、ケース会議等において、多職種の意見を交えて、サービス計画の確認や調整を行っています。

今後は、利用者の意向把握や見直しを含め、サービス実施計画を策定する手順を明確にしていくことが求められます。

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

音楽療法、太鼓教室、体操教室などの余暇活動に主体的に参加したり、利用者の希望でコンビニエンスストアに外出するなど、利用者の主体的な活動が行える工夫が伺えます。  
 権利擁護の取り組みとして、虐待防止のためのマニュアルが整備され、研修や職員会議において周知が行われています。  
 今後は、エンパワメントの理念に基づくプログラムを用意することで、より一層、自らの生活への意欲向上が期待されます。

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

日常生活支援については、日常生活の各場面において、障害や生活の状況に応じた個別対応マニュアルに基づいて、個別支援が行われています。

食事については、選択メニューや糖尿食の対応など、利用者の状態や意向に応じた食事が提供されています。

健康管理については、協力医療機関の確保が適切にされており、嘱託医との連携も日常的に行われていることが伺えました。

入浴・排せつについては、冷暖房が設置され、快適な環境作りに努められていますが、各マニュアルにプライバシーについての記載が求められます。

今後は、利用者の意見を日常生活の検討の中に取り入れることによって、生活環境をより充実させていくことが望まれます。

A-3 社会生活支援

A-3-(1) 余暇・レクリエーション・社会参加		
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-(1)-②	社会参加に関する多様な機会を確保している。	a・(b)・c
A-3-(2) 外出・外泊		
A-3-(2)-①	外出は利用者の希望に応じて行っている。	a・(b)・c
A-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		
A-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
A-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
A-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・作業活動		
A-3-(4)-①	就労に向けて、情報提供や職場実習の実施など、積極的な取り組みが行われている。	非該当
A-3-(4)-②	働く場として、個々の障害程度、特性に合わせた作業内容を留意している。	非該当
A-3-(4)-③	働きやすい作業環境が用意され、安全衛生面でも配慮されている。	非該当
A-3-(4)-④	工賃報酬を引き上げるため積極的な取り組みが行われ、工賃が適正に支払われている。	非該当

特記事項

余暇・レクリエーションについては、利用者の意向を把握し、地域の社会資源を利用しながら多様なメニューが用意され、充実した支援がなされています。

外出については、職員が付き添い、利用者の希望に応じるよう心がけ、多様な機会が確保されています。

情報媒体については、雑誌、テレビは個人で購読、設置できるようになっており、嗜好品も含めて一定の自由が確保されています。

生活介護であるため、就労活動は行っていませんが、多くの利用者が作業活動に参加しており、利用者の生きがいとなっています。

今後は、ルールの文章化や利用者の意向や能力に応じた社会参加支援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

個別支援計画により障害特性については把握され、ケース会議で支援環境について検討されています。

行動障害や重複障害の方の支援については、環境整備や事例検討の実施は伺えますが、日中活動のプログラム化までには至っていません。

家族とは、毎月定期的な連絡を行い、2か月に1回の家族会を通して情報交換や制度説明などが行われています。

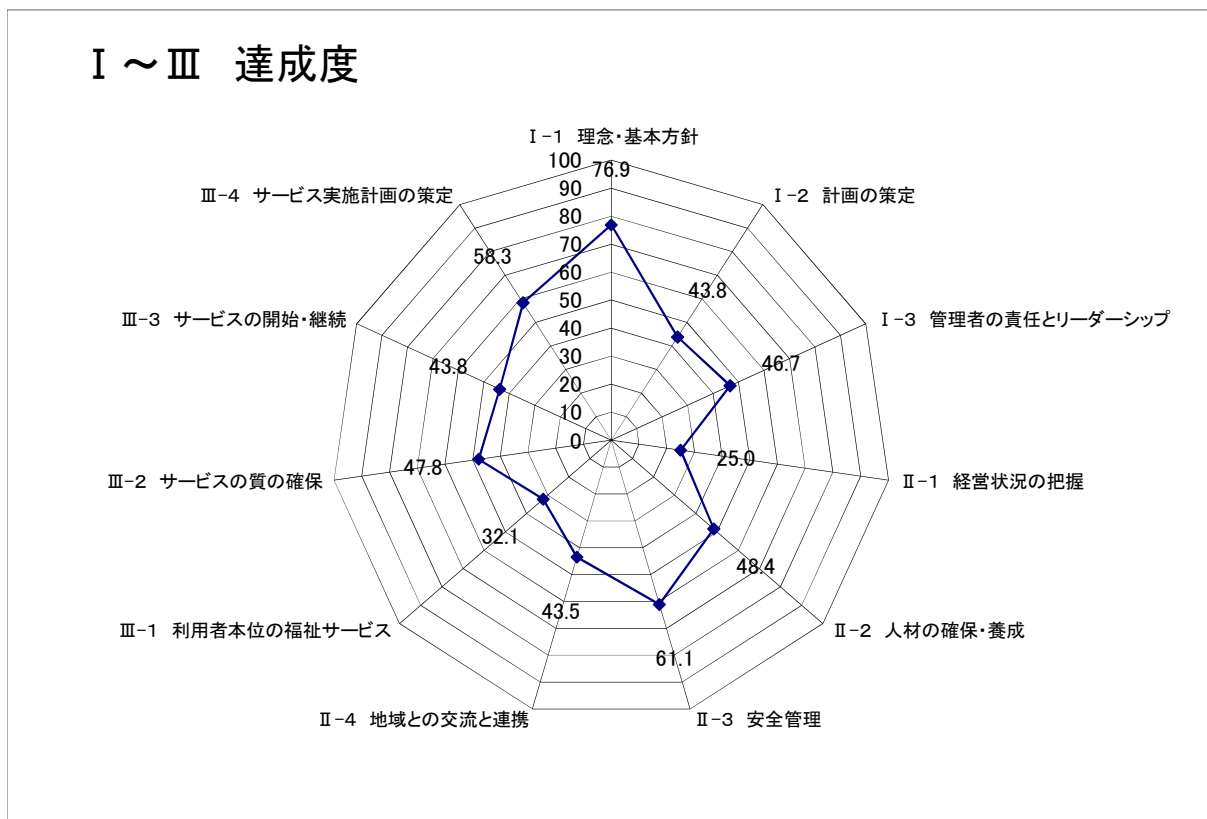
今後は、家族支援のあり方についての検討が求められます。

(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	10	76.9
I-2 計画の策定	16	7	43.8
I-3 管理者の責任とリーダーシップ	15	7	46.7
II-1 経営状況の把握	8	2	25.0
II-2 人材の確保・養成	31	15	48.4
II-3 安全管理	18	11	61.1
II-4 地域との交流と連携	23	10	43.5
III-1 利用者本位の福祉サービス	28	9	32.1
III-2 サービスの質の確保	23	11	47.8
III-3 サービスの開始・継続	16	7	43.8
III-4 サービス実施計画の策定	12	7	58.3
	203	96	47.3





## 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	9	52.9
1-(2) 利用者の権利擁護	4	3	75.0
2-(1) 食事	12	9	75.0
2-(2) 入浴	8	6	75.0
2-(3) 排泄	10	6	60.0
2-(4) 衣服	6	5	83.3
2-(5) 理容・美容	5	4	80.0
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・社会参加	8	4	50.0
3-(2) 外出・外泊	7	5	71.4
3-(3) 所持金・嗜好品等	11	3	27.3
4-(1) 障害特性支援	12	4	33.3
4-(2) 家族支援	3	2	66.7
	122	73	59.8
	325	169	52.0

## A 達成度

