

〔評価結果の公表様式〕

愛知県福祉サービス第三者評価事業 評価結果

①第三者評価機関情報

評価機関名： 特定非営利活動法人あいち福祉アセスメント (認証番号:23地福第61－3号)
訪問調査 実施日： 平成25年 2月 25日(月)

②事業者情報

名称:(法人名) 社会福祉法人榎の木福祉会 (施設名) 社会福祉法人榎の木福祉会榎の木園	種別:(施設種別) 生活介護、就労継続支援B型 (基準の種類) 障害福祉施設
代表者氏名:(施設長) 橋本 昭一	定員(利用人数): 40 名
所 在 地:〒494－0018 愛知県一宮市富田字若宮17番地 TEL 0586－62－8253	

③総評

◇特に評価の高い点 一宮の西、木曽川を境に岐阜県に隣接し、周りには田畑が広がる閑静な住宅地に榎の木園が位置している。また、近くに保育園や小・中学校、病院など身近な公共施設が点在している。生活介護及び就労継続支援事業B型を事業の目的とし開設24年を迎え、地域から認められると共に信頼や支援が寄せられている。地域で生きいきと仕事をしていく基礎づくりとして喫茶事業や給食事業も拡張し、地域に向けてのサービス提供が順調に軌道に乗り出している。また、榎の木作業所に併設された「ワークショップどんぐり」では、手作りクッキーなどの販売もしており、利用者の就労支援や移行に確実な一歩を踏み出している。 養護学校卒業した直後から60歳を迎える男女の利用者が通所し、日々の生活介護を受けながらまた、個人の力を活かした作業活動や人との関わりを通して自立を図り、社会移行を目指している。利用者は明るく笑顔に満ち、仕事に前向きに取り組み秩序ある生活を送っている。様々な支援は利用者の側面に沿ったサービス内容を提供している。「榎の木盆踊り」やフェスティバル等地域を交えたイベント、ドライブやおやつ作り等余暇活動も楽しみの一つとなっている。職員の言葉づかいや礼儀も正しく、利用者を尊重した気持ちや態度で利用者に丁寧に向き合って支援をしている。施設長始めそれぞれの職員の連携や協調性も良好であり、組織体制が機能し安定した運営がされている。 ◇改善を求められる点 ・管理、運営に関して職員の認識度や共有度をより確かなものにし、利用者に適正なサービスや支援が反映されることを願いたい。 ・利用者の社会生活力や就労への自信を高めるために、エンパワメントの理念に基づくプログラムをきめ細やかな視点から支援できるように工夫を願いたい。
--

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

榎の木園は、愛知県尾張西部(特に旧尾西市を中心とした地域)に在住の主として知的にしょうがいを持つ人たち及びそのご家族への昼中の活動支援を目的に、平成1年に創設された。役割としては、比較的しょうがいの状態が重く介護の度合いの高い人たちへの援助が期待された。具体的には、授産的な活動よりも日常生活或いは社会活動への適応のための支援、身体的及び心理的な状態の安定化が取り組みの柱であった。しかし、24年の年月は流れ、時代の趨勢は共生社会の実現を求めることを明確にしている。単に保護的な援助だけに留まらず、将来像をイメージしたその人らしい暮らし向きを、社会との共生においてどのように構築できるか、が根本的な課題である。

さて、昨年度の第三者評価では、特に管理者の統率力・指導力・調整力の不足分が、利用者の皆さんへの十全なサービスの低下を招いている、という厳しい指摘をされた。また、各種マニュアルの整備不足や職員全体への情報や指導方針の周知に関する不備ということも指摘事項のなかに多々見受けられた。これに対し、今回の第三者評価においては職員間の連携を強化し、できるだけ各部門のマニュアルを整備し、職員研修参加を積極的に行ってきたおかげで、昨年度よりも幾分良い評価をいただくことができた。けれども、もう少し踏み込んだ点における配慮・準備不足という指摘があった。たとえば、管理者及びサービス管理責任者の職責や業務内容などの明確化、利用者及び保護者の皆さんへの中長期計画・理念・基本方針・サービス情報、福祉制度などの十全な周知、並びにそれらの根拠となる法律の明示などが挙げられる。第三者評価をクリアすることが目的ではないが、障害福祉サービスを客観的に評価してもらえることは、とりもおさず我々の取り組むべき方向を正しく修正し、目標を照らすサーチライトになることは間違いない。それと、適正な運営を徹底することのみならず、現業スタッフの業務への意欲、利用者さんへの愛情、チームワーク体制などを減退させることのないよう細心の注意を払いながら邁進することが肝要である。

⑤第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

(別添)

評価項目(細目)の評価結果(障害福祉施設)

※すべての評価細目(80項目)について、判断基準(の3段階)に基づいた評価結果を表示する。

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

Ⅰ-1 理念・基本方針

			第三者評価結果
Ⅰ-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。			
	Ⅰ-1-(1)-① 理念が明文化されている。	障 1	㉠ ・ b ・ c
	Ⅰ-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	障 2	㉠ ・ b ・ c
Ⅰ-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。			
	Ⅰ-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	障 3	㉠ ・ 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。	障 4	a ・ ㉠ ・ c

評価機関のコメント

【理念や基本方針の策定】

・利用者の主体性を尊重したエンパワメントの理念に基づいた援助を行うという障がい福祉施設の基本的な考え方を踏まえた理念が事業計画やパンフレットに明文化され、それに基づいた基本方針が明文化されている。

【理念や基本方針の周知】

・正規職員には、会議の場で時折理念や基本方針のふり返りを図っている。また、パート職員は年度当初に周知を図るようにしたり、必要に応じて会議録に基づき口頭で伝える努力をしている。

・定期的な機会を設け、基本方針に照らし合わせ継続的に検討をし、周知状況を確認していくことを願いたい。

・利用者や家族については、パンフレットを玄関に掲示したりホームページで視覚的な周知効果に取り組んでいる。また、利用者や家族には、利用開始時や契約更新時に契約書、重要事項説明書とパンフレットを併用し説明をしている。

・理念や基本方針の内容を利用者がイメージしやすいような資料等を作成し、周知の方法に工夫や配慮を願いたい。

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が明確にされている。			
	Ⅰ-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。	障 5	a ・ ㉠ ・ c
	Ⅰ-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	障 6	a ・ ㉠ ・ c
Ⅰ-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。			
	Ⅰ-2-(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている。	障 7	㉠ ・ b ・ c
	Ⅰ-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	障 8	a ・ ㉠ ・ c
	Ⅰ-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。	障 9	a ・ ㉠ ・ c

評価機関のコメント

【中・長期計画が策定】

・法人の基本的計画に沿った経営や福祉サービスに関する概の木図としての計画が策定され、前年収支に基づいた収支の裏付けがされている。

【事業計画が策定】

・中・長期計画の内容を反映した各年度における事業内容が具体的に示された事業計画は策定され、収支計画の裏付けもされているが、実行可能とは言い難いものもある。策定においては、サービス管理責任者が中心となり各担当者が参画の下に中・長期計画を策定している。また、あらかじめ定められた手順や時期に基づいて実施状況の把握や評価を行い、次年度に反映させるように努力している。

・各年度の事業計画は年度の終了時に実施状況についての評価を行う必要がある。実行の可能性、数値目標や達成期間等を設定し、実施状況の評価を行えるような事業計画を策定することを願いたい。

【事業計画の周知】

・各事業計画は職員に書面を配布し、年度当初や会議、また、必要に応じて周知を図るようにしている。パート職員には書面の回覧や必要に応じて口頭で周知をするようにしている。

・利用者や保護者には、総会や保護者会の折りに書面を配布し周知をしている。また、必要に応じて手紙等で配布し周知を図るようにしている。

・利用者に対しての周知の方法に工夫や配慮を願いたい。

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) 管理者の責任が明確にされている。			
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。	障 10	a ・ ⑥ ・ 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。	障 11	④ ・ 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。	障 12	④ ・ 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。	障 13	④ ・ b ・ c

評価機関のコメント

【管理者自らの役割と責任の表明】

・管理者自らの役割と責任を文書化はしていないが、組織体系図に基づいてサービス管理責任者が管理者代行として、役割を説明し実務にあたっている。

各職員の職務分担表を作成して配布し、職務分担の確認をすることが、管理者自らの役割と責任を表明しているとする傾向が伺われる。しかし、組織全体をリードする立場として、職員や利用者、保護者に対して自らの役割と責任を明らかにし、リーダーシップを発揮することが職員や利用者、保護者から信頼を得るために欠かすことのできない要件と考える。理念や基本方針等のもとより、職務分担に基づいて管理者としての役割と責任について文書化し、年度当初や会議等で体系的に表明するように願いたい。

【遵守すべき法令等の理解】

・障がい者自立支援福祉法や虐待防止法等、基本的な関連法に關したリストが示されている。福祉分野に限らず雇用・労働や防災、環境への対応等広範の法令等のリストについては必要に応じてリストするようにしている。また、法令遵守の観点から大学教授を招いて研修を受けている。

・福祉分野以外の基本的な関連法のリスト化を図り、必要に応じて職員に配布し、開示もできるような仕組み作りに着手することを期待したい。

【管理者のリーダーシップの発揮】

・会議や実践を通して、基本方針に照らし合わせ、福祉サービスの質に対する課題の把握や改善に向けた取り組みをサービス管理者自ら取り組み、職員と定期的、継続的に評価や分析を行う努力をしている。また、管理責任者と情報交換したり職員に指導をし、福祉サービスの適正化や整合性を図るように努力をしている。

【経営や業務の効率化と改善に向けた取組】

・経営や業務の効率化と改善に向けて、人事、労務、財務等の情報を共有し、改善に向け努力を重ねている。また、基本方針や福祉サービスの実現に向け人員配置、働きやすい環境整備等に職員の意見も取り入れながら取り組むようにしている。

・業務における意識の改革を図るため担当制の導入や利用者とのコミュニケーションを円滑にするため職員の関わり方の工夫、収支バランスを考慮した人事配置、業務振り替えシート等運営に関する書式の改善、文書の整理やリスト化等の改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。また作業所の増設や男女別のトイレ新設も手掛け完成の運びになっている。

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が的確に把握されている。	障 14	Ⓐ ・ 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。	障 15	a ・ Ⓑ ・ c
Ⅱ-1-(1)-③	外部監査が実施されている。	障 16	Ⓐ ・ b ・ c

評価機関のコメント

【事業経営をとりまく環境の把握】 ・行政や大学、地域と連携を図りながら、福祉サービス全体に対するニーズや潜在的利用者に関するデーターの把握に努めている。また、事業所を取り巻く地域の福祉サービスやニーズに対する需要動向等大まかなデーターを定期的に法人と連携を図り収集している。 ・社会福祉事業全体の動向に関しては大学教授との勉強会や研修会を通して把握をし、地域の潜在的利用者層については養護学校や親の会と連絡を図りながら情報の収集を行っている。 ・これらの外的な動向データーを中・長期計画の中に位置付け反映させていくことを願いたい。 【経営状況の分析と改善すべき課題の発見について】 ・各事業の業務と職員配置、収支、また、利用者の推移や利用率と職員配置の算定をし、分析を行っている。運営会議においてサービス管理者クラス以上に経営状況を伝え、課題の分析を行っている。 ・事業所としての改善課題をまとめ文書化し、中・長期計画や各年度の事業計画に反映させることを望みたい。 【外部監査が実施】 ・公認会計士による監査を受けており改善課題は速やかに改善をしている。			
---	--	--	--

Ⅱ-2 人材の確保・養成

			第三者評価結果
Ⅱ-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。			
Ⅱ-2-(1)-①	必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	障 17	a ・ Ⓑ ・ c
Ⅱ-2-(1)-②	人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	障 18	a ・ Ⓑ ・ 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が構築されている。	障 19	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅱ-2-(2)-②	職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	障 20	Ⓐ ・ b ・ 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。	障 21	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅱ-2-(3)-②	個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取組が行われている。	障 22	Ⓐ ・ 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。	障 23	Ⓐ ・ 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	実習生の受け入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。	障 24	Ⓐ ・ b ・ c

評価機関のコメント

【人事管理体制の整備】 ・人材の確保・養成については、経営会議で必要な人材や人員体制の動きを確認し、必要な人材の確保に努めている。 ・事業所が目指す福祉サービスを実施するための具体的プランを有し、適切な人材の確保、定着化を率先して行うように願いたい。 ・人事考課については、法人の考課基準に基づいた人事考課を実施している。 ・結果のフィードバックをし、給与等処遇に反映させ、公正な人事管理システムを実施することを期待したい。 【職員の就業状況について】 ・法人管理の下に、有給休暇、時間外、疾病状況等職員の就業状況を把握し、データー化をしている。 【職員の質の向上に向けた体制】 ・職員の研修体制については、法人の研修要綱に基づいて職員の研修目的に合った研修に参加できるようにしている。 ・技術水準や専門性の向上に向けた自主的な研修についても情報を収集し、積極的な参加を推進している。また、職員のスキルアップに繋げるため特別養護老人ホームやデイサービスの見学、訪問介護などの他施設実習を行っている。 ・研修担当者会を設け、研修成果の確認を明確に行い、評価・分析し、その結果に基づいた研修内容や計画の見直しを行っている。 【実習生の受け入れについて】 ・実習生受け入れについては、適正に運用されている。

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)における利用者の安全確保のための体制が整備されている。	障 25	① ・ b ・ c
	Ⅱ-3-(1)-②	災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。	障 26	a ・ ② ・ c
	Ⅱ-3-(1)-③	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。	障 27	① ・ b ・ c

評価機関のコメント

【利用者の安全確保】 ・安全確保のための大まかなマニュアルを作成し、職員に周知徹底を図っている。 - 利用者の安全確保に関する担当者や担当部署を設置し、定期的に安全確保に関する検討を行い実施する体制を整えている。 ・安全に関するマニュアルに沿って組織的・継続的に実行し、職員の参加の下に定期的な検討や見直を図っていくことで、利用者の安全に関する意識の向上に繋がることを意識化させ、臨時職員も含め職員全体が向上していくことを期待したい。 【災害時に対する利用者の安全確保】 ・災害発生時に対応できる防災マニュアルを整備し、職員に配布し周知している。また、法人における防災プロジェクトに参加し、地震災害に対応するための取り組みを行っている。また、緊急時に備え、送迎時対応マニュアルや個人登録票、携帯カード、水と食料の備蓄品の整備に努めている。 ・利用者の障がいの特性を考慮し、避難誘導等の訓練をしていくことを願いたい。 ・消防計画に基づいた訓練実施において、消防署と連携を図り通報模擬訓練実施や、どの職員も訓練時の通報連絡係を体験できるようにシステムを検討し、実際の災害発生に対処できるようにしていくことを願いたい。 【利用者の安全確保のためのリスクの把握】 ・事業所を取り巻く環境の安全、衛生・感染症等の事例や安全点検を通して、会議等で発生要因を分析し防止策を検討している。 - 利用者防災チェックリストを活用したりして防止に心がけている。また、施設内の事故等の発生防止に繋げていくように、ヒヤリハットの要因を分析し職員と検討する機会を設けている。 ・事故発生時における施設内外の発生場所と、事故発生の要因や原因との関連を分析し、事故防止に心がけて行くことを望みたい。
--

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	利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	障 28	㊦ ・ 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。	障 29	㊦ ・ 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。	障 30	㊦ ・ 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。	障 31	㉠ ・ b ・ c
	Ⅱ-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	障 32	㉠ ・ 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。	障 33	㉠ ・ 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。	障 34	㉠ ・ b ・ c

評価機関のコメント

【地域との関係】

・利用者が地域の人々と交流をもち良好な関係を築くために、地域活動への参加の奨励や利用者が参加しやすいように社会資源や地域の情報を掲示している。
・地域活動の一環として、法人主催の「桜の木盆踊り大会」やフェスティバルで園芸やパン、弁当コーナー等を出店し、地域との関わりを大切にしている。また、町内会に加入しており地域の情報やスーパー、飲食企業等の地域における社会資源も活用している。

【施設が有する機能の還元】

・法人の広報誌「希望」を発刊し、市役所や公民館等に設置し、地域へ情報を発信している。また、喫茶事業やコーヒー出張販売、クッキー販売などを通して地域と交流しながら地域貢献活動を行っている。

【ボランティア受入れの体制】

・ボランティア受入担当者が設置され、マニュアルも整備され受入体制を整え対応している。

【関係機関との連携が確保】

・市役所、社会福祉協議会、ハローワーク、養護学校、職業センター、病院、ボランティア協会、障がい者就業・生活支援センター、他事業所、企業等、事業所を中心としたネットワーク体制ができており、会議等で説明し共有を図っている。

【地域の福祉向上のための取組】

・市役所、社会福祉協議会、ハローワーク、特別支援学校、職業センター、病院、ボランティア協会、障がい者就業・生活支援センター等との連携によりニーズの把握を積極的に行っている。イベント等を通して地域住民からの意見を聴取したり、意見箱の常設や親の会からの情報を聞き取るようにしている。

【地域の福祉ニーズに基づく事業や活動】

・特別支援学校の生徒や進路指導の先生を交えた相談等地域の福祉ニーズに基づく事業や活動が行われている。また、就労支援の一環として、グループホームの設置運営も行っている。
・地域の中での就労を目指し喫茶店や給食事業を運営し、地域に定着し実績を伸ばしている。また、新たに作業所の拡張やクッキー販売も運営している。
・具体的な事業や活動の中・長期計画に明示することを期待したい。

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が明示されている。			
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。	障 35	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-1-(1)-②	利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	障 36	㉠ ・ 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、取組を行っている。	障 37	㉠ ・ b ・ c

Ⅲ-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。			
	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。	障 38	㉠ ・ b ・ c
	Ⅲ-1-(3)-② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	障 39	㉠ ・ 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。	障 40	㉠ ・ b ・ c

評価機関のコメント

【利用者を尊重したサービス提供】

・理念や基本方針に、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示している。利用者尊重や基本的人権への配慮について人権擁護や虐待防止等の研修を行い周知徹底を図っている。また、定例会や業務振り返りシートを利用し、共通理解を深めるようにしている。

【利用者のプライバシー保護に関する規程】

・“利用者のプライバシー保護は利用者尊重の基本であり、「他人の干渉を許さない、各個人の私生活上の自由」を保護する”を主旨としたマニュアルが明示されている。職員は、利用者のプライバシー保護に関して就業規則や誓約書に明示し、日々の実践において周知徹底を図るようにしている。

【利用者満足の向上についての取り組み】

・利用者の個別サービス計画の他に、作業支援の中で思いや意向を聞き取り、利用者の満足度に反映するようにしている。また、利用者の満足度の向上を目的としたアンケートを年1回実施したり、保護者会の中で利用者や家族の意向や意見を聞き、職員で検討し満足度の向上に努めている。

【利用者が意見等を述べやすい体制】

・活動場面担当者が利用者の状態や状況に合わせ、話しやすい雰囲気作りや場面設定などに配慮している。また、休憩時間等に食堂や休憩室で職員と自由に交流しながら話をするようにしている。
・利用者が、複数の相談方法や相談相手の中から自由に選択できることや意思疎通の状況に応じて支援体制があること等を、雰囲気や感覚でつかみとれるような環境の整備を願いたい。

【苦情解決の仕組みの確立】

・苦情解決の仕組みが確立され、契約時に利用者や保護者に書面で説明をしたり掲示もしている。「苦情受付処理簿」に記録をし、対応策等を保護者等にフィードバックするようにしている。また、苦情に限定されない保護者からの意見や提案は相談要望受付票に記載し、適宜、職員間で話し合い迅速に対応するように努めている。

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が組織的に行われている。			
	Ⅲ-2-(1)-① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	障 41	a ・ ㉠ ・ c
	Ⅲ-2-(1)-② 評価結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。	障 42	a ・ ㉠ ・ c
Ⅲ-2-(2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。			
	Ⅲ-2-(2)-① 提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	障 43	a ・ ㉠ ・ 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が確立している。	障 44	a ・ ㉠ ・ c
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。			
	Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	障 45	a ・ ㉠ ・ c
	Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	障 46	㉠ ・ 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。	障 47	㉠ ・ b ・ c

評価機関のコメント

【事業所の資質向上に向けた取組】

・事業所の資質向上やサービス内容について評価会議等で定期的に自己評価を行い、改善に向けて検討する機会を設け事業所のサービス内容に反映させるようにしている。また、自己評価の結果を分析し課題を示し、改善計画や改善策をサービスに反映していく努力をしている。

・必要に応じて中・長期計画の中に明確に位置付け段階的に解決していくことを期待したい。第三者評価結果も事業所として分析や検討をし、事業計画に位置付けし、サービス向上に繋げていくことを望みたい。

【提供するサービスの標準的な実施方法の確立】

・「標準的な実施方法」については、契約書、重要事項説明書、パンフレットに文書化され、それに基づいた個々のサービスが実施されている。また、基本的介助、服薬、身体介護、作業マニュアル、送迎時等各種業務マニュアル等、実施するサービスについて断片的ではあるが文書化し、職員に周知徹底を図るようにしている。

・標準の実施方法に、業務手順、留意点、プライバシーの保護等サービス全般にわたって、専門職としての倫理感や責務を裏付けた基本事項が取り入れられることを願いたい。

【サービス実施の記録】

・個人記録、利用者状況記録、通院記録、生活介護や就労継続のグループレコーダー等の記録を利用者の実施状況に応じ記録している。

・記録する職員により記録の内容や書き方に差異が生じないように、記録要領の作成や職員の指導等の工夫を願いたい。

・記録管理について、個人情報保護規定や情報開示規定、文書管理規定に基づいて適切な管理が行われている。また、職員に対し教育や研修を行い、守秘義務の遵守についても周知徹底を図っている。

・利用者の状況、サービス実施にあたり留意すべき事項、実施に伴う状況の変化、アセスメントやサービスの実施状況等を定期的に職員会議やミーティングで話し合い、職員間で情報の共有を図っている。また、業務連絡や業務日誌、回覧等を通して、活動場面担当者間で情報の共有をしている。

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が適切に行われている。			
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。	障 48	Ⓐ ・ 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。	障 49	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。			
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。	障 50	Ⓐ ・ b ・ c

評価機関のコメント

【サービス提供の開始の適切化】

・利用希望者に対してサービスの選択をするための資料として、ホームページ、パンフレットによる情報提供や事業所の事前見学、利用開始前の実習等を行っている。また、必要事項の説明や法人内の他事業所の説明や見学、電話等の対応もしている。市役所や公民館等地域の公共施設に情報誌を設置し、地域への情報提供も行っている。サービスの開始について、業所の事前見学、利用開始前の実習、必要事項の説明を行い、同意を得ている。

【サービスの継続性についての配慮】

・他の施設や地域・家庭への移行にあたり、サービスの継続性に配慮した手順と引継文書は定められていないが、利用者の障がいの特徴や事業所の位置等を考慮して、より適切な事業所の提案を行っている。また、サービスを終了した利用者に対しては、相談窓口を設け訪問や電話での対応を行っている。障がい者就業・生活支援センター(すろーぶ)との連携も図っている。

・サービス終了時に、利用者に対し、その後の相談方法や担当者について説明を行い、その内容を記載した文書を定めることを願いたい。

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が行われている。			
	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。	障 51	㉖ ・ b ・ c
Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。			
	Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。	障 52	㉖ ・ 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。	障 53	㉖ ・ b ・ c
	Ⅲ-4-(2)-③ 利用者の地域生活への移行支援を積極的に行っている。	障 54	a ・ ㉗ ・ c

評価機関のコメント

【利用者のアセスメントについて】

・利用開始前に利用者、家族を交えアセスメントを行っている。就労移行の利用者は3カ月に1回、就労継続の利用者は6カ月に1回のアセスメントを行い、アセスメントに関する会議で協議をしている。また、利用者の身体や生活状況、行動の特徴、将来の生活についての希望等を考慮した具体項目の見直しを計画している。

【利用者に対するサービス実施計画の策定】

・サービス実施計画は、6ヵ月毎に見直し、施設外就労者については2週間に1回評価・見直しをしている。緊急に変更する場合においても利用者の意向確認や同意を得て実施している。また、職員会議等で、個別に応じた具体的サービス内容にするよう検討をしている。

【利用者の地域生活への移行支援】

・地域の企業や関係機関、障がい者就業・生活支援センター(すろーぷ)との連携を図り、一般就労を目指して取り組んでいる。個別の移行計画に基づいて企業の見学や実習等を実施し、地域や社会生活に馴染めるような機会や情報の提供をしている。
・一般就労等のサービス終了者についても、障がい者就業・生活支援センター(すろーぷ)との連携を図り、利用者の就労や生活状況のフォローを行っている。

Ⅲ-5 障害者福祉施設の固有サービス

			第三者評価結果
Ⅲ-5-(1) 利用者を尊重している。			
	Ⅲ-5-(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がなされている。	障 55	㉖ ・ b ・ c
	Ⅲ-5-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	障 56	㉖ ・ b ・ c
	Ⅲ-5-(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が整備されている。	障 57	㉖ ・ b ・ c
	Ⅲ-5-(1)-④ 利用者のエンパワメントの理念に基づくプログラムがある。	障 58	㉖ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(2) 食事の支援が適切に行われている。			
	Ⅲ-5-(2)-① 個別支援計画に基づいた食事サービスが用意されている。	障 59	㉖ ・ b ・ c
	Ⅲ-5-(2)-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されている。	障 60	㉖ ・ b ・ c
	Ⅲ-5-(2)-③ 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	障 61	a ・ ㉗ ・ c
Ⅲ-5-(3) 入浴の支援が適切に行われている。			
	Ⅲ-5-(3)-① 入浴、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。	障 62	非該当
	Ⅲ-5-(3)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	障 63	非該当
	Ⅲ-5-(3)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 64	非該当

Ⅲ-5-(4) 排泄の支援が適切に行われている。		
Ⅲ-5-(4)-① 排泄介助は快適に行われている。	障 65	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 66	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(5) 衣服についての支援が適切に行われている。		
Ⅲ-5-(5)-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。	障 67	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(5)-② 衣服着替え時の支援や汚れに気づいた時等の対応は適切である。	障 68	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(6) 理容・美容についての支援が適切に行われている。		
Ⅲ-5-(6)-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。	障 69	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(6)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。	障 70	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(7) 睡眠についての支援が適切に行われている。		
Ⅲ-5-(7)-① 安眠できるように配慮している。	障 71	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(8) 健康管理が適切に行われている。		
Ⅲ-5-(8)-① 日常の健康管理は適切である。	障 72	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(8)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	障 73	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(8)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	障 74	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(9) 余暇・レクリエーションが適切に行われている。		
Ⅲ-5-(9)-① 余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われている。	障 75	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(10) 外出、外泊が適切に行われている。		
Ⅲ-5-(10)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	障 76	非該当
Ⅲ-5-(10)-② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	障 77	非該当
Ⅲ-5-(11) 所持金・預かり金の管理等が適切に行われている。		
Ⅲ-5-(11)-① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	障 78	非該当
Ⅲ-5-(11)-② 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。	障 79	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(11)-③ 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が尊重されている。	障 80	非該当

評価機関のコメント

【利用者の尊重】

・コミュニケーション手段の確保については、意思伝達に制限がある利用者には、日常的な会話や関わりを通して、その人固有のコミュニケーション手段やサインの発見や確認に心がけている。また、作業工程等は言葉だけではなく、実物の展示、絵カードや写真、個別スケジュール表などを用い、順序や順番性を明確に示したりして進めるようにしている。

・利用者の主体的活動については、作業の取り組みには利用者の主体性を尊重して進めている。利用者の気持ちや表情の表出がしやすいような雰囲気や対応に心がけ、職員間での情報を収集するように計らっている。

・利用者が自力で行う日常生活上の行為に対する見守りや支援については、家庭でできること、事業所でできることのすりあわせをし、利用者が自力で行えることについては見守りの姿勢を保ち、必要な時は迅速に支援をしようとしている。また、自力で行う行為による生活と活動の範囲が広がるように、利用者の状況を確認しながら非日常的な取り組みも支援していくようにしている。

・エンパワメントの理念に基づくプログラムについては、社会生活力を高めるために、日中活動の中で片付けや掃除等身の回りの衛生等指導、言葉づかい等の自己表現、感情コントロール等の支援をしている。また、移動販売等の授産活動ができるように、社会との関わりが持てるようなプログラムも設定している。プログラムの提供については家庭と連携を図り、利用者の様子を見て、個々の潜在的能力を発揮できるように学習や訓練の選択肢を広げながら支援をしている。

・利用者のエンパワメントの理念に基づくプログラムをよりきめ細やかな視点から支援できるように工夫を願いたい。

【食事の支援】

・アレルギーや糖尿病の利用者には特別食を用意し、嚥下や咀嚼がうまくできない方には刻み食、利き手が不自由な方はスプーン、フォーク等介護用食器の使用を進めている。対人関係の苦手な利用者は食堂ではなく休憩室で喫食をしたり、また、法人の弁当ではなく自前の弁当も許可し、個別支援計画に基づいた食事サービスが提供されている。

・生活習慣の一環として、下膳は利用者個人が行うように支援している。

・献立を事前に掲示したり嗜好調査をしたり、行事や季節を感じるメニューにしている。個人の嗜好によって調味料や香辛料の用意もしている。また、職員も利用者と一緒に会話をしながら食事を楽しんでいる。

・喫食は、1時間ほどの休憩時間に食べるようにしているので、利用者の好きな時刻に自分のペースで食べられるようにしている。

・各個人の相性を気づかい席順を配慮したり、落ち着いて食事が取れるように席次を表示したり、刺激を遮断するためにパーティションを用いたりして食事環境を配慮している。

【入浴支援】

非該当

【排泄支援】

・排泄介助を必要とする利用者には、時間や様子を観たりして適切に声かけをしている。失敗をした時はプライバシーに配慮し、シャワーで対処するようにしている。所定の様式に排泄チェックをし、利用者の健康状態に配慮をしている。

【衣生活の支援】

・衣服選択介助を必要とする利用者はいないが、利用者自身の好みを尊重している。

・身だしなみに留意し清潔を保つ事は、社会生活力を高めるための基本的支援でもあるので、気になるところがある場合は助言や指導をするようにしている。

【理容・美容の支援】

・清潔や身だしなみの一環として家族や利用者に助言をすることがある。

【睡眠支援】

・就寝支援はないが、体調不良の場合休憩室で安眠できるようにしている。

【健康管理】

・健康管理については、年2回の健康診断や年1回の歯科検診を実施し、定期的に体重測定や血圧測定を行っている。希望者にはインフルエンザの予防接種も行い、健康管理票を整備している。

・緊急時に備えてマニュアルが整備され、健康面の変調や怪我等の際には、迅速で適切な医療が受けられる体制が整備されている。また、協力医との日常的な連携を図っている。

・内服薬や外用薬等の管理や保存は看護師が行っている。薬の取り違いや服用忘れが無いように処方箋を職員周知し、利用者の服薬の確認を行っている。

【余暇・レクリエーション支援】

・できるだけ利用者の希望を反映した内容を提案するようにしている。参加方法等については、利用者との話し合いや家族からの要望を聞き、希望に沿うようにしている。また、運動会、盆踊り、フェスティバル、日帰り旅行などは必要に応じてボランティアを受け入れている。

・外出支援を兼ねたドライブやボランティアによるお菓子作り、ネイル等の身だしなみクラブも利用者の希望に沿って実施されている。

【外出、外泊支援】

非該当。

【所持品や預かり金の管理】

・非該当

【新聞・雑誌の購読】

・休憩時間に新聞や雑誌、テレビを見る機会がある。チャンネルの選択は利用者が話し合いで決めている。利用者の好みを取り入れたCDや音楽療法を兼ねた演歌等も希望に沿って利用している。

【嗜好品（酒・たばこ）について】

・非該当