

〔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：株式会社 中部評価センター (認証番号：24地福第3-3号)
訪問調査 実施日：平成26年3月7日(金)

②事業者情報

名称：(法人名)社会福祉法人樫の木福祉会 (施設名)樫の木作業所	種別：(施設種別)生活介護・就労継続支援B型 (基準の種類)障害福祉施設版
代表者氏名：(施設長)只井 秀明	定員(利用人数)：40名
所在地：〒494-0018 愛知県一宮市富田漆畑16	TEL：0586-61-6055

③総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>◆理念の定着 昨年度、これまでのスローガンであった「ひとり ひとり ひかる」に、法人としてのあり方を詳細に述べた新たな「理念」と「基本的援助方針」を定めた。法人設立時からの普遍的熱い思いが込められており、法人としての方向性がより明確になった。「理念」と「基本的援助方針」の新たな策定とはいえ、これまでと全く違った姿勢を示しているわけではなく、言葉で語られていたことを明文化したものである。職員、利用者等には何の抵抗もなく受け入れられており、現場支援での実践へとつながっている。</p> <p>◆利用者等の意見や要望の反映 自己評価では非常に厳しい判定(「c」判定)であった「利用者が相談や意見を述べやすい環境の整備」(No. 38)であるが、個別支援計画や連絡帳、保護者会等の記録の確認において、利用者や保護者の意見や要望が事業所運営や現場支援に反映されている事例を数多く確認することができた。利用者や保護者が相談や意見を述べやすい環境が、十分に整備されていると判断できる。</p> <p>◆多彩な事業種別の用意による適切なサービス提供 当事業所の対象事業は「生活介護」と「就労継続支援B型」であるが、法人として「施設入所支援」、「居宅介護支援」、「ケアホーム・グループホーム」、「相談支援事業」、「短期入所」、「日中一時」等々、多くの事業を展開している。県内でも珍しい「通所・重度心身障害者施設」も新装オープンした。重度心身障害者を受け入れるケアホームもある。事業所相互のサービス移行や利用者情報の共有化について連携が図られており、利用者は適切なサービスを受受できる仕組みがある。</p> <p>◇改善を求められる点</p> <p>◆事業運営体制の再構築 管理者と職員とのパイプ役を担っていたベテランのサービス管理責任者が、定年退職に伴って現場からいなくなった。ある程度は予測されたことではあるが、その予測を大きく上回る混乱が事業所運営上で起きてしまっている。管理者は、今年度を「初心に帰る年」として位置づけ、山積する課題をすべて洗い出し、運営体制の再構築に向けて来期から改善・改革の取り組みを展開しようとしている。そのためにも、これ以上の人的流出は避けなければならない。職員がいたがらに不安を感じることがないように、安定した職員雇用を望みたい。</p> <p>◆個別的支援の手順の文書化 「生活介護」事業と「就労継続支援B型」事業を展開する事業所であるが、双方ともに生産活動に力点がおかれており、入浴や排泄、喫煙などの個別的支援に関しては、職員の経験によって支えられている現状が見受けられた。職員の経験の差や力量の差が、利用者への支援のバラつきともなる。職員教育のテキストとして、さらには、個別的サービスの質的向上を図るためにも、それらに係るサービス内容の文書化(マニュアル整備)を進めていくことが望まれる。</p>
--

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

評価結果については、謙虚に受けとめました。事業所というのはまさに「生き物」であり、その時々職員構成等で大きく変わることによって改めて気づかされました。人材育成や職員配置等が、事業所運営や利用者サービスに大きく影響すると思われます。職員は若い人材ばかりですが、今回の結果を礎として少しずつ前進し、事業所運営の向上、利用者サービスの向上につなげていければと思います。

評価結果は非常に厳しいものでしたが、現状を認識するため、もう一度再スタートを切るためには、とても良い機会であったと思います。

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。

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	a ・ Ⓑ ・ 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

昨年度、これまでのスローガンであった「ひとり ひとり ひかる」に、法人としてのあり方を詳細に述べた新たな「理念」と「基本的援助方針」を定めた。法人設立時からの普遍的熱い思いが込められており、法人としての方向性がより明確になった。
「理念」と「基本的援助方針」の新たな策定とはいえ、これまでと全く違った姿勢を示しているわけではない。言葉で語られ続けたことを明文化したものであり、職員、利用者等には何の抵抗もなく受け入れられている。今後の課題は、理念と現場支援との連動を図ることである。

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	a ・ Ⓑ ・ 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 ・ b ・ Ⓒ

評価機関のコメント

法人の「中・長期計画検討委員会」が策定した「檜の木福祉会中・長期計画」(平成24年度～27年度)があり、今後の事業展開を見据えたハード中心に計画が策定されている。しかし、計画を推進するための基本となる建設用地の取得が遅れており、中・長期計画の見直しを迫られている。
前年度までは、管理者と職員をつなぐパイプ役としての主任職員(サービス管理責任者)の存在が大きく、事業計画の作成をはじめ事業運営全般が円滑に遂行されていたが、主任職員の定年退職を受けて運営体制の弱体化が見られる。特に、利用者に対しての情報の提供が少なくなっている。

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	a ・ ⑥ ・ 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	a ・ b ・ ㉔
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	a ・ b ・ ㉔

評価機関のコメント

昨年度までは、主任職員（サービス管理責任者）のフォローによる堅実な事業所運営があり、管理者が事業所外での活動として公的な役割を果たすことが可能であった。主任職員のいなくなった現時点では、新たな主任職員の育成・戦力化が急務であり、管理者が対外的な活動を控えて、事業所の運営体制再構築に取り組まざるを得ない状況となっている。これまでに築きあげてきた仕組みがことごとく崩れていく中で、今年度を「初心に帰る年」と割り切って事業運営を行っており、質の向上や業務改善、システム再構築は次年度以降の取り組みとなる。

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	a ・ ⑥ ・ 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 ・ b ・ ㉔
Ⅱ-1-(1)-③	外部監査が実施されている。	障 16	a ・ ⑥ ・ c

評価機関のコメント

ある程度は予測されたことではあったが、主任職員（サービス管理責任者）の退職によって事業所運営が円滑さを失ってしまった。事業運営を取り巻く外部環境の把握より、事業所の内部体制の再構築に注力しなければならない状況となっている。課題は山積しているが、次年度に向かって改善・再構築の取り組みを始めるためにも、これ以上の人的流出は避けなければならない。職員がいたずらに不安を感じることがないように、安定した職員雇用を期待したい。第三者評価の継続した受審を続けているが、会計・財務面での外部からの監査は受けていない。

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 ・ b ・ ㉔
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 ・ ⑥ ・ 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	a ・ b ・ ㉔
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	a ・ ㉔ ・ 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	a ・ ㉔ ・ 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	a ・ ㉔ ・ 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	a ・ ㉔ ・ 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	a ・ ㉔ ・ c

評価機関のコメント

人事的には、「サービス管理責任者の養成」、「職員の適正配置」が現状の最優先課題であり、「樫の木福祉会中・長期計画」(平成24年度～27年度)からも、それ以上の具体的な人事プランが見えてこない。将来的な事業展開を見据えた必要人材の育成に関する方向性を示すことが望まれる。やっと動き始めた人事考課の制度が、また停まってしまっている。福利厚生面では、職種によって有休休暇の取得にバラつきがあり、メンタルヘルスへの対応の遅れも気になる。法人の研修委員会が主導して階層別の研修が実施されているが、支援の現場(事業所)において教育効果を検証する仕組みはない。実習生の受け入れに関しても、評価の仕組みが未構築である。

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	a ・ ㉔ ・ 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 ・ b ・ ㉔
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	a ・ b ・ ㉔

評価機関のコメント

自然災害、各種事故や感染症・食中毒等の予防や対応のマニュアルを取り揃えており、飲料水や食料の備蓄にも取り組み、事業所内にAED装置の設置も計画されている。昨年度までは毎月実施されていた防災訓練であるが、今年度は予定通りの実施ができないでいる。早急に防災計画を練り直し、万々に備えての万全の対応・対策を望みたい。大きな事故報告はないが、「転倒」事例が数多く報告されている。「転倒」事故を根絶することの難しさからか、ほとんど改善活動は実施されていない。事例を分析したり、傾向を把握したりして、対策や改善策を講じてほしい。

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	利用者と地域との関わりを大切にしている。	障 28	㉔ ・ b ・ c
II-4-(1)-②	施設が有する機能を地域に還元している。	障 29	㉔ ・ 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	a ・ ㉔ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

正式な数の把握はないが、「樫の木フェスティバル」には2,000名ともいわれる地域住民を含んだ来場者がある。フェスティバルには、大勢のボランティアの参加があり、法人のボランティア委員会の指示に従って大いに力を発揮している。イベント終了後には「反省会」を開いて記録を残し、次年度開催につないでいる。法人職員を対象に企画される研修会には、他法人に参加を呼び掛け、地域住民を対象とした講演会の開催もある。
法人内の相談事業所、地域の自立支援協議会等から得た情報等によって福祉ニーズの把握は十分であるが、それを基に策定された一部の計画は着手が遅れている。

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	a ・ Ⓑ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ c
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。			
	Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	障 37	a ・ Ⓑ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

利用者理解については、「障害者虐待防止法」の研修やプライバシー保護の取り組みを通して、利用者満足の上昇においては、研修会や保護者会、相互学習会等の機会に、共通理解ができるよう検討されている。正規職員：非正規職員の割合が3：4という現状であっても、個別ファイルにより日常的に利用者情報や様々な業務の伝達があり、職員間のコミュニケーションは円滑に行われている。
個別支援計画、連絡帳や保護者会等において、利用者や保護者の意見が反映されている事例が数多く確認され、利用者が相談や意見を述べやすい環境が整備されていると判断できる。

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 ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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	㉔ ・ 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が確立している。	障 44	㉔ ・ b ・ 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	㉔ ・ b ・ 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	a ・ ㉔ ・ 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	㉔ ・ b ・ c

評価機関のコメント

第三者評価を継続受審し、評価を定期的に行う体制ができている。各種会議が、正規職員においては月2回、非正規職員においては月1回開催されており、非正規職員においても組織的な取り組みについての伝達・調整・意見集約の場が確保されている。事業計画においては、前年度評価を行い、次年度に取り組むべき課題を明確にしている。個別支援計画においては、計画の立案、本人の同意、看護師等による定期のモニタリング、終了時評価、新個別支援計画までの流れが文書化されており、評価や課題の整理もされている。利用者の情報の共有に関しては、パソコンによるデータ管理を実施しており、事業所外の法人内ケアホーム関係者、居宅介護関係者等とも連携を保つ仕組みが整えられている。

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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	施設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	㉔ ・ b ・ c

評価機関のコメント

事業所の概要やサービス内容等について、ホームページでは写真を多く用いてわかりやすく作成されている。法人内で、生活介護、就労継続支援B型、施設入所支援、居宅介護支援、ケアホーム、相談支援事業等、多くの事業を展開しており、相互間のサービス移行や利用者情報の共有化について連携が図られている。
法人機関誌「きぼう」も定期的に発行されており、その内容は単なる施設紹介で終わることなく、地域でのイベントの情報やその結果の報告が多く取り上げられていた。地域との関係を重視した法人の基本理念「ひとりひとりひかる 地域の中で豊かな暮らしをめざして」を具現化したものとなっている。

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	a ・ ㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ c

評価機関のコメント

アセスメント、サービス実施計画策定、モニタリング等が適切に行われ、本人希望も個別支援計画に明記されていた。サービスの実施においても、一人ひとりについてより具体的なものになるよう、作業日報、グループレコードなどから日々の情報を得ていた。それらの情報を個人記録としてまとめ、計画と実施において一体的に管理されていた。地域移行の主たるものは、自宅からグループホーム、ケアホームへの住居移動であり、一般就労への道は険しい。

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	a ・ ㉑ ・ c
Ⅲ-5-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 56	a ・ ㉑ ・ 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	㉒ ・ 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	a ・ b ・ ㉓
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	a ・ ㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ c
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	a ・ ㉑ ・ c
Ⅲ-5-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 64	a ・ b ・ ㉓

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	a ・ ㉑ ・ c
Ⅲ-5-(4)-②	トイレは清潔で快適である。	障 66	a ・ ㉑ ・ 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	非該当
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	a ・ ㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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	非該当
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	非該当
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	a ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ c
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	a ・ ㉑ ・ c
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	非該当
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	a ・ b ・ ㉒

評価機関のコメント

月曜日から金曜日までは、箱折り、糸取りなどの内職作業が日中活動の多くを占め、土曜日においては、節分やクリスマス会など余暇支援で占められている。日中活動における作業については、利用者の障害特性が考慮され、安全性や具体的な方法についても、図や専用ジグが用意され、どの作業も適切かつ効率的に実施されていた。一方で、それら生産活動に対する支援方法の明確化や、高度なマニュアルの整備状況に比べ、入浴や排泄、喫煙など個別的な支援に関わる手順については、不十分な点が見られた。

利用者の金銭管理や公共交通機関の活用等、社会生活力を向上させる取り組みについては、時間の余裕がなく実施されていなかった。改善策として、居宅介護事業所との連携において、外出時の公共交通機関の利用や外出先でのマナー習得等、調整を図ることで、プログラム化が可能と思われる。

生活介護事業においても、生産活動に力点が置かれており、入浴や排泄、喫煙などの個別的支援に関しては、職員の経験によって支えられている現状が見受けられた。職員教育のテキストとして、さらには、個別的サービスの質的向上を図るためにも、それらに係るサービス内容の文書化(マニュアル整備)を進めていくことが望まれる。