

愛知県福祉サービス第三評価事業 評価結果

①第三者評価機関名

株式会社 中部評価センター	訪問調査日：平成27年 8月25日(火)
---------------	----------------------

②施設・事業所情報

名称：障害福祉サービス事業所 だいち	種別：生活介護	
代表者氏名：野田 幸弘	定員（利用人数）：30名	
所在地：愛知県一宮市大和町北高井字成道寺21番地1		
TEL：0586-64-7112		
ホームページ：		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成22年 4月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 コスモス福祉会		
職員数	常勤職員： 14 名	
専門職員	（管理者）1名	（生活支援員）10名
	（サービス管理責任者）1名	（調理員）1名
	（運転手）1名	（介護福祉士）2名
	（社会福祉士）2名	
施設・設備の概要	（居室数）	（設備等）作業室1、2、トイレ
		相談室、機能訓練室、食堂、厨房

③理念・基本方針

<p>法人（現在策定中です。） 施設・事業所・・・「生活介護の事業所らしい作業の実施」 「24時間の安定を目指して」「地域に貢献する」</p> <p>だいちでは、日中『作業』を軸として取り組みます。 ただ『作業』って聞くと、人それぞれにとっても幅広いイメージがあり、きびしうたいへん そうなんて連想する人もいます。 だいちで言う『作業』の意味合いは、「創作活動的な作業」「リハビリ的な意味を含めた作 業」「ストレス発散ができる作業」「ポーっとしなくても済む程度にある作業」「自分の興 味につながる趣味的な作業」などなど、肩の力を抜いた感じで読み取っていただければと思 います。 このみなさんには1日24時間、家庭と地域で安心・安定して過ごして行ってほしいなあ と考えています。そのためには、だいちではただ楽しい時間を過ごすだけではなく、「いい 感じで疲れたな～。あとは家帰って、ご飯食べて、お風呂入って、ちょっとテレビ見て、パ ～ッと寝よう～！」なんて感じの、ほどよい負荷・ほどよいストレスが感じられるくらいで 過ごすことができるようにしたいなあと思っています。 またその日課の中に、「納品に行こう！！」と言いつつ、実はドライブを楽しんだり、「地 域に宣伝活動をしに行こう！！」と言いつつ、実はチラシ片手に散歩をしたり…。『作業』 という堅い言葉を柔らかに解釈して実施していくのが、だいちらしい方向性かなあと考えて います。 あとは、利用する人がここで活躍できるよう、生き生き生活できるよう、みなさんの思いを 受け、だいちの思いとを組み合わせたいければいいなあと思っています。 自分らしい頑張りで、給料を稼いで、その稼いだ給料を使って近所でお買い物をして…。 消費税なんかもちゃ～んと払って…。もしくは銀行に定期預金で預けたり…。 それが私たちのイメージしている『地域貢献のスタイル』ってとこでしょうか！？（施設パ ンフより引用）</p>

④施設・事業所の特徴的な取組

「①生活介護事業所らしい生産活動」「②作業一辺倒にならないスケジュール」を軸に取り組んでいます。

①だいちでは、ほとんどの方が知的障害で半数の方が自閉症です。彼らの特性に合った作業開発を心がけています。作業の中にも『リラックス』『自分の居場所』『マイペース』等が得られるような柔軟性も持てるような配慮をしています。イライラしてしまいがちな利用者、拘りを多く持ってしまう利用者を、スケジュールや備品の配置、作業工程の調整、利用者の班分け、職員の情報共有などを駆使し、調整を図る事に重点を置いています。利用者に我慢をさせるのではなく、知らない間に我慢する必要がなくなっている・・・そんな環境調整<構造化>が出来るよう配慮しています。構造化を図れば、職員一人ひとりのスキルに頼らざるを得ない危険さから脱却でき、結果どの職員もスムーズな利用者支援が出来る事にも繋がります。

②「作業だけ」ではだいちに来る楽しみは半減してしまうでしょう。利用者のほとんどが「給料を稼ぎに来ている<楽しい一日を過ごしに来ている>との優先順位になっていると思われる。よって、楽しい経験が得られるような工夫をすることが必要だと考えています。開設して5年間は、利用者にあった作業を開発する事自体に力を注いできましたが、ようやくその時期も過ぎました。よって、月に2回の土曜開所日には、『音楽活動』『創作活動』『機能訓練』のチームに分かれ、それぞれに楽しんでいます（職員もピアノを弾いたりギターを弾いたりしています）。またそれ以外にもクリスマス会やバーベキュー大会等季節に合わせた行事も多く取り入れています。それにも増して一番大切なことは、だいち利用時間は職員や利用者同士が楽しく会話等を楽しめるような関係を構築する事を考えています。作業中もペースが崩れない程度に職員や利用者が笑いながら話をする、不調な利用者には優しく寄り添う、休憩時間は互いに気楽に過ごす。これらの思いを職員がしっかり意識できるよう促しています。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成27年 6月16日（契約日）～ 平成28年 1月 8日（評価結果確定日）
受審回数 （前回の受審時期）	0回 （平成 年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆管理者の強い牽引力

若くバイタリティーあふれる管理者が、職員の先頭に立って事業所を引っ張っている。積極的に支援の現場に入って直接職員指導にあたり、サービスの質を確保するための大きな原動力となっている。昼休みにはギターを抱えてロビーに現れる。管理者を囲んで利用者の輪ができ、即興のライブやカラオケ大会が始まる。職員の、あるいは利用者の、いつも真ん中にいるのが管理者である。

◆地域交流・連携の重視

利用者の24時間(1日)が、安心・安定した状態に保たれるよう、事業所と家庭、地域が同じ意識で利用者に向かい合う社会の実現を目指している。地域に利用者の真の姿を見てもらい、障害者への差別や偏見のない社会づくりを推進している。地域イベントに利用者を参加させるだけでなく、事業所の空きスペースを地域に開放し、地域住民のミニコンサートやスポーツ活動に活用してもらっている。年間3回開催される「だいちふれあいバザー」には、地域住民200名ほどが集まってくる。

◆「苦情」は「サービスの質の向上の種」

どんなに些細な苦情やクレームであっても見逃さず、解決や改善を図ることでサービスの質が確実に向上することを信じて実践している。半期で既に50件近い苦情を受け付けており、事業所をあげての解決・改善への取り組みが始まっている。

◇改善を求められる点

◆人事制度の確立を

法人の人事制度が確立しておらず、職員の育成より欠員の補充に力点が置かれている。さらに、それぞれの職員の責任や権限の範囲が明確になっていないことから、指揮命令系統に障害が生じることが懸念される。従前から課題となっている人事考課の制度導入は慎重に進めるべきではあるが、人事管理上の基本的な部分に関しては早急なルール作り(規程化・文書化)が必要と思われる。

◆マニュアル整備を

支援の現場での標準的な実施方法は「だいち福祉サービス共通基準」としてまとめられている。しかし、利用者の安心・安全を担保すべき手順の中に文書化が遅れているものが散見された。感染症に関するマニュアル、衛生に関するマニュアル、薬の管理や与薬のマニュアル、送迎車両のマニュアル等々である。さらに、これらのマニュアルの見直しの手順も文書化されることを期待したい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

マニュアルの整備において、整備不足を指摘して頂き、大変参考になりました。職員で勉強を重ね「活用できるマニュアル」を目指し、策定していきたいと思えます。また、法人の人事制度の確立、職員の育成、人事考課の制度導入等、法人が行なうべき事業への指摘は、だいちで出来る事は何か？模索しながら法人と連携し、整備を進められるようにしていきたいと思えます。

今回の第三者評価は、私共職員にとってとても意義のある経験が出来ました。今までやってきた事に対し自信を持つことが出来ましたし、まだまだやる事がいっぱいあることにも気付かせてくれました。明日から、私たち職員がどのようにサービスを提供していけばいいか、とてもいい起点となりました。

⑧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(72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・周知されている。			
I-1-(1)-①	理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	障 1	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
法人理念が明文化されていないことから、事業所独自の理念を定めて事業活動の方向性を明確にしている。正規職員の比率が高いこともあって、職員への理念や基本方針の周知は図られている。年に2回開催される家族会の機会を通じて、家族への周知も図っている。			

I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果	
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。			
I-2-(1)-①	事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	障 2	④ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
管理者は積極的に情報収集を行っている。インターネットからの情報取得や、「セルフ協」、「きょうされん」、市の「自立支援協議会」等々からの情報を分析し、職員に情報を提供している。分析した給付費収入の明細を毎月職員に配布し、職員の事業運営に対する意識付けを行っている。			
I-2-(1)-②	経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	障 3	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
事業所の給付費収入が毎年10%以上の伸びを示してきたが、今期はやや苦戦を強いられている。生産活動の新たな事業開拓を迫られているが、有望な新規事業の開拓には至っていない。他害行為が激しくなってきた利用者対応も大きな課題となっており、職員が負傷(骨折)する事故も起きた。			

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果	
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。			
I-3-(1)-①	中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	障 4	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
各年度の概略を示した事業計画が、平成27年度から31年度までの5ヶ年にわたって作成されている。単年度の事業計画作成の拠り所となる中・長期計画の作成を期待したい。			
I-3-(1)-②	中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	障 5	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
中・長期的な視野に立っての中・長期計画の策定が無いことから、単年度の事業計画はそれぞれの生産活動の方向性を示すにとどまっている。生産活動毎に重点課題を定めたり、目標数値を設定するなどの取り組みはなく、前年度の事業計画からの新鮮味に乏しい焼き直し(繰り返し)の計画になっている。			

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。			
I-3-(2)-①	事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	障 6	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
数値目標の設定が無いことから事業計画での重点課題が曖昧になっており、事業報告での評価・見直しにつながっていない。さらに、事業報告で課題の洗い出しが実施されていないことから、次年度の事業計画への反映も薄いものとなっている。P(事業計画)→D(実施の記録)→C(事業報告)→A(次年度の事業計画)のサイクルの構築を望みたい。事業計画への職員関与も薄い。			
I-3-(2)-②	事業計画は、利用者や家族等に周知され、理解を促している。	障 7	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
家族には事業計画書を配布して周知を図り、年に3回開催される家族会の場でも説明している。法人情報としてのグループホーム開設(予定)状況を知らせたり、成年後見制度等の人権擁護に関する情報も提供している。利用者に対しては、段階の周知活動は見られない。			

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

			第三者評価結果
I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。			
I-4-(1)-①	福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	障 8	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
管理者の強いリーダーシップに引かれる形で、事業所のサービス向上の取り組みが進んでいる。今回が初めての第三者評価受審であるが、今後は定期的な第三者評価の受審を計画している。管理者の熱い思いをどれだけ職員に伝播できるかが課題となる。			
I-4-(1)-②	評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	障 9	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
適切な改善課題を抽出しているが、計画的な改善策の策定には至っていない。優先順位を付け、それぞれの課題に対して「責任者」、「期限(スケジュール)」、「改善方法」を明確にして取り組むことを期待したい。			

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

			第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。			
Ⅱ-1-(1)-①	管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	障 10	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
率先垂範で事業所を切り回す管理者の存在感は大きく、管理者としての自覚を持って事業所運営にあたっている。しかし、法人としての規定化の遅れもあり、管理者としての「責任」「権限」の範囲や概念が明確になっていない。			
Ⅱ-1-(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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
関連する外部の研修に積極的に参加する等、管理者は法令遵守の重要性を十分に理解し、自ら得た知識や情報を事業所内の毎月開催される勉強会を通して職員に周知を図っている。しかし、その勉強会の記録が残されておらず、職員個々の理解度や認識の程度を検証する取り組みも実施されていない。			

II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。			
	II-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもちその取組に指導力を発揮している。	障 12	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
管理者は「サービスの質の向上」の絶対条件として「職員のスキルの向上」を挙げており、自ら現場で直接指導にあたり、「スキルアップ研修」を開催したりしている。職員会議においても、サービスの質の向上を目指して職員個々の業務の評価や分析を行い、職員の指導に役立てている。ただし、これらのやり取りは口頭で済まされることが多く、継続的な取り組みにするために必要となる記録類は作成されていなかった。			
	II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	障 13	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
高い改善意識を有する管理者の実行力や統率力は高く、事業所内での影響力は大きい。生産型生活介護の事業所として、「働くこと」と「充実した生活」とを両立させる取り組みを展開している。常に、「利用者のために」を念頭に置き、「作業中心の活動にしない」事業所運営を実践している。しかし、管理者の牽引力が強い分、職員の側に「指示待ち」の風土が根づいてしまう恐れも内包している。			

II-2 福祉人材の確保・育成

			第三者評価結果
II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。			
	II-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	障 14	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
間近に迫っているサテライトの通所事業所やグループホームの開設に対処するため、法人全体での人材確保が急務となっている。事業所においては、将来を見据えた職員育成より、欠員の補充に焦点を合わせた意識が強い。			
	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障 15	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
法人としての統一した人事考課制度が無く、事業所ごとに管理者主導の人事政策が展開されている。当事業所においては、強い統率力を持った管理者によって安定した職員雇用が続いているが、早急に法人としての人事体系を構築する必要がある。			
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、働きやすい職場づくりに取組んでいる。	障 16	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
規定類の整備の遅れに象徴されるとおり、法人の事業所管理が緩く、職員にとっては「働きやすい職場」となっている。職員の定着も良く、非正規職員(パート職員)は、ほぼ100%の有休消化率である。ただし、責任ある立場の職員の有休取得は極端に少なく、正規職員の有休消化は進んでいない。			
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 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	障 17	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
研修委員会の組織化はできているが、法人主導の体系的な職員育成のシステムが構築されておらず、職員の育成は事業所に任されている。したがって、当事業所では管理者が利用者支援の現場に足を踏み入れ、直接職員の指導にあっている。制度としての「個人面談」はないが、OJTの現場での職員の意見や要望を聞くことはできる。			
	II-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	障 18	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
事業所の研修計画を策定し、年度開始の職員会議で説明している。毎月開催の「勉強会」や「スキルアップ研修会」では管理者が講師を務めることが多く、外部研修へも積極的な参加を呼び掛けている。事業計画は利用者の直接的な取り組みのみの記述となっているが、利用者を支える職員の「研修計画」も盛り込むことが望ましい。			

II-2-(3)-③	職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	障 19	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
事業所内研修の充実があり、外部研修への参加も推奨しており、教育・研修の機会は確保されている。しかし、人事考課の制度が無いことから、職員個々に必要な教育・研修ニーズが把握されておらず、対処療法的な研修参加になっている。			
II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。			
II-2-(4)-①	実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	障 20	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
これまで社会福祉士の資格を有する職員がいなかったため、社会福祉士志望の実習生を受け入れることができなかったが、来年度からは受け入れが可能な態勢となった。受け入れるためのマニュアルやプログラムの用意はできている。			

II-3 運営の透明性の確保

			第三者評価結果
II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。			
II-3-(1)-①	運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	障 21	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
事業内容を広く地域に公開していこうとする法人の姿勢は顕著であり、恒例の「コスモス祭り」には一般市民が多数訪れる。第三者評価の受審は今回が初めてであるが、今後は定期的な受審を計画している。			
II-3-(1)-②	公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	障 22	a ・ b ・ ㉔
評価機関のコメント			
内部監査や行政の監査は実施されているが、外部の専門家による監査は実施されていない。			

II-4 地域との交流、地域貢献

			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	利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	障 23	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者が地域のイベントに参加するだけでなく、地域の住民を取り込む取り組みが数多くみられる。法人の一大イベントである「コスモス祭り」(参加者5,000名)、事業所主催の「だいちふれあいバザー」(参加者200名)、「アコースティックライブ」(参加者30名)等は地域に根付いた取り組みとして定着している。通院等で利用者が地域に出る場合には、家族に代わって他の利用者が手助けする等、利用者同士の支え合いも見られる。			
II-4-(1)-②	ボランティア等の受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 24	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
法人や事業所のイベント開催時には多数の学生ボランティアが集まり、体験学習の受け入れ事業所としての実績もある。事業計画、事業報告にもボランティア受け入れに関する項目を設けて適切な評価を行っている。			

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。			
	II-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	障 25	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
利用者個々の関与する社会資源については「アセスメントシート」に頼らざるを得ない状況であり、それらのリスト化は今後の課題となっている。外部関係機関との連携体制は管理者中心に構築されており、組織としての連携体制構築も今後の課題である。			
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 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	障 26	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
事業所の空きスペースを有効に利用し、地域住民に音楽活動の場を提供した。その際には、音響機材の貸し出しも行っている。事業所の自主製品をも含めた「だいちふれあいバザー」は、地域にも定着したイベントとなっている。			
	II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	障 27	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
地域の福祉ニーズの把握は、市・自立支援協議会や法人の相談支援事業所からの情報を拠り所としている。強度行動障害者の受け入れや日中一時事業の充実等、既存の利用者への影響に配慮しつつ実施している。			

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 利用者を尊重した福祉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 28	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
利用者本位の支援の重要性は事業所内の研修において繰り返し学んでいるが、それが支援の現場でどれだけ実践されたかを評価する組織的な検証システムはない。			
	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	障 29	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
利用者の権利擁護に関する規程類は整備されており、研修の項目にも取り上げられている。自治会や家族会においても「権利擁護」を取り上げて説明しているが、成年後見制度の運用(契約数)は2件であり、利用者・家族に対する周知は十分な状態とは言えない。			
Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意(自己決定)が適切に行われている。			
	Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	障 30	㉒ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
事業所独自のパンフレットを毎年見直し、タイムリーな情報を提供している。現行のパンフレットでは、事業所(管理者)の基本的な考え方の説明に多くのスペースを割き、事業所の目指す方向性を明確にしている。ホームページでは事業所内外での活動の写真を多数紹介し、利用希望者にとっては現実味を帯びた情報の取得が可能となっている。			
	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	障 31	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
可能な範囲での情報提供には努めているが、障害特性からくる意思決定が困難な利用者への対応に方策が見いだせていない。			

Ⅲ-1-(2)-③	福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	障 32	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
事業所変更や家庭への移行の実施例が少ないこともあり、標準化した手順やルールが定められておらず、必要な場合には文書で渡したり、口頭で説明したりしている。相談支援事業所との役割分担や引き継ぎ文書の制定等、福祉サービスが円滑に継続できるシステムの構築を期待したい。			
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上向上に努めている。			
Ⅲ-1-(3)-①	利用者満足の上向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	障 33	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
個別支援計画の作成時に利用者との個別懇談会を実施して、利用者の満足度を聞き取っている。そこでの意見や要望を個別支援計画に盛り込んだり、事業所の運営に反映させたりする取り組みはあるが、調査結果をまとめたり分析したりする取り組みには至っていない。			
Ⅲ-1-(4) 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-(4)-①	苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	障 34	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
利用者等の苦情やクレームを包み隠さず明らかにし、その解決をもってサービスの質を上向上を図ろうとの取り組みを実施中である。職員間にもその意識が浸透し、既に今期は5ヶ月間で40件を超える苦情を受け付けている。解決や改善結果の利用者等へのフィードバックは適切に行われているが、苦情内容や対処した内容を公表する仕組みが無い。			
Ⅲ-1-(4)-②	利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	障 35	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
外部からは遮蔽された相談室があり、利用者の自治会からの提案を事業所運営につなげるパイプも敷かれている。土曜日の出勤日のカリキュラムは、自治会の意見や要望が取り入れられている。自治会役員の研修旅行も計画されており、実施の見通しが付いている。			
Ⅲ-1-(4)-③	利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	障 36	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
利用者からの相談や意見に対しては、迅速に対応することを心掛けている。それ故に利用者に対処した職員だけで完結してしまうケースも見られ、管理者への報告がなかったり、職員間に周知されなかったりと、組織的な動きに欠ける部分はある。記録に残すことを習慣化し、職員間への周知が徹底されることを望みたい。			
Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。			
Ⅲ-1-(5)-①	安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	障 37	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
ヒヤリハットの取り組みがあり、窓ガラスを強化プラスチック製に取り替える等の危険個所の改修・改善も進んでいる。これまで大きな事故の発生はなかったが、訪問調査の直前に利用者との絡みの中で職員が骨折するという事故が起きてしまった。			
Ⅲ-1-(5)-②	感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	障 38	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
生産的生活介護の事業として調理事業があることから、感染症対策をはじめ衛生管理にはことさら神経を使っている。「感染症対応マニュアル」や「衛生マニュアル」が用意されておらず、早期の策定が望まれる。職員だけでなく、調理事業に係わる利用者をも含めた衛生研修の実施が待たれる。			
Ⅲ-1-(5)-③	災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	障 39	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
毎月防災訓練(避難訓練)を実施しており、指示に従って利用者が建物の外へ出る練習をしている。場所の移動を拒む利用者が3名いることから、この3名への対処が難しく、事前に設定した目標時間を達成できない状況である。利用者送迎用の車両に関する安全マニュアルが無いことから、作成に向けての検討が始まった			

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。		
Ⅲ-2-(1)-①	提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	障 40 a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
標準的な実施方法は、「だいち福祉サービス共通基準」としてまとめられている。しかし、職員間での周知・共有化ができておらず、有効な活用が図られていない。		
Ⅲ-2-(1)-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 41 a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
必要に応じて標準的な実施方法を見直し、改訂しているが、見直しにあたってのルールは確立していない。見直しの時期(頻度)や方法、見直しの実施者等を定め、「必要な人が」、「必要な時に」、「必要な場所で」、最新の手順を使用できる体制の構築を期待したい。		
Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。		
Ⅲ-2-(2)-①	アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	障 42 a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
アセスメント様式は必要に応じて見直され、毎年実施されているが、変更や追加された項目について一目でわかるような工夫が欲しい。個別支援計画は、サービス等利用計画に基づいて相談支援員やグループホーム職員、居宅事業所職員とも連携して作成されている。日々の連絡帳や保護者との会話から要望や課題等を探り、計画に反映するように心がけている。		
Ⅲ-2-(2)-②	定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	障 43 ㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
評価や見直し時期については、サービス等利用計画とも連動しており、年間スケジュールどおり実施されている。問題や課題などが抽出された場合も相談員や関係機関との連携も行われている。		
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
Ⅲ-2-(3)-①	利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	障 44 a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
ケース記録は書き方の基準表が作成されており、決裁順序も定められている。ケース検討会(月2回)やパート職員も参加するグループ会議(月1回)が定期的に行われ、必要事項が周知されている。会議に参加できなかった職員には、会議録を配布して情報の共有化が図られている。ただ、個別支援計画に対しての取り組みの記録がケース記録にあまり残されていない。		
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 45 a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
個人情報保護規定やパソコン、USB取り扱いの規定は整備されている。個人情報の取り扱いについても、重要事項説明書に明記されている。ただ、利用者の個人ファイルが事務所内ではあるが、担当職員の机の上に並べて置かれているので、鍵のかかる保管場所で管理するなどの改善点がみられる。		
Ⅲ-2-(4) 利用者の地域生活への移行支援を行っている。		
Ⅲ-2-(4)-①	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 46 a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
利用者の年齢層が比較的低いので、家族等のもとから通所していた利用者が、単身生活やグループホーム等での生活に移行するケースは稀である。法人内には、短期入所事業やグループホームなどの事業が運営されており、希望される場合は相談員や関係機関に連絡・調整できる体制は整えられているが、積極的には推進されていない。		

Ⅲ-3 障害福祉施設の固有サービス

		第三者評価結果	
Ⅲ-3-(1) 利用者を尊重している。			
Ⅲ-3-(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 47	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>個々のコミュニケーション能力に合わせて簡単でわかりやすい言葉であったり、写真や絵カード等を利用して対応している。必要に応じて家族に確認したり、関係機関と話し合いをして対応しているが、さらに利用者個々に合ったコミュニケーションの手段について創意工夫されることを期待したい。</p>			
Ⅲ-3-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 48	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>利用者の自治会組織があり、毎月1回開催して、担当の職員も出席している。会で決まったことなどは「だいちトピックス」で掲示板に貼り出して公表されているが、漢字にルビをふるなど、周知・理解が進むような工夫を望みたい。作業や余暇活動は、本人の希望を参考に、意思伝達が困難な人は家族の意見を参考に決めている。第2、3土曜日の活動内容も自治会から出された意見を取り入れている。</p>			
Ⅲ-3-(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 49	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>利用者本人が自分でできることについては、基本的には見守り支援としている。支援方法を変更する時は、事前に保護者に説明する場合としない場合があるため、対応手順を文書化する等で、支援の均一化・標準化を図ることを期待したい。</p>			
Ⅲ-3-(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 50	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>月曜日から金曜日は「仕事の日」、土曜日は「行事の日」としてわかりやすい週間予定表が設定されている。行事の日には創作活動や音楽活動、調理実習、バーベキュー大会などのプログラムが用意されている。希望があれば個別に必要なプログラムを追加したり、変更したりすることができるよう、さらに柔軟な支援を期待したい。</p>			
Ⅲ-3-(2) 食事の支援が適切に行われている。			
Ⅲ-3-(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 51	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>大まかな食事介助のマニュアルがあり、面談等で量や食材の刻み等の要望が確認されている。しかし、個別対応が必要な利用者のマニュアルは確認できなかった。食堂の席は固定で、食事は事前に配膳され、テーブルには職員が1名付き、見守りと緊急時の対応が可能となるよう配置している。</p>			
Ⅲ-3-(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 52	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>毎年嗜好調査を実施しており、記録も確認できた。調理班が翌日のメニューを書いたり、おでんなど季節感のあるメニューを工夫して提供している。食事サービスの検討会議等へ利用者の参加がないが、自治会組織を活用する等の検討を期待したい。自閉症利用者が多いとの理由でテーブルに調味料が置かれていないが、自分で選んだり、使用することが可能な利用者への配慮を望みたい。</p>			
Ⅲ-3-(2)-③	喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	障 53	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>限られた時間の中ではあるが、個人が好む時間帯に摂ることはできるようになっている。また、集団では落ち着かない方は、別室で落ち着いて食事ができるよう配慮されている。</p>			

Ⅲ-3-(3) 入浴の支援が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(3)-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。	障 54	a ・ b ・ c
評価機関のコメント		
非該当		
Ⅲ-3-(3)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	障 55	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
失禁等で激しく汚れが生じた場合など、必要に応じてシャワーを利用できる環境は整えられている。		
Ⅲ-3-(3)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 56	a ・ b ・ c
評価機関のコメント		
非該当		
Ⅲ-3-(4) 排泄の支援が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(4)-① 排泄介助は快適に行われている。	障 57	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
個別に介助が必要な利用者の情報や支援方法については、班会議等で伝えるなど情報は共有されている。男子トイレは、利用者定員から見ると個室が多く設置され、障害の特性にも配慮されている。自立している利用者が多いため、特別な場合を除き、排泄介助の結果等は記録されていない。		
Ⅲ-3-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 58	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
清掃は毎日職員が行っており、汚れや臭いもなく清潔に保たれている。大まかなマニュアルは確認できたが、清掃の手順書やチェックリストが確認できなかったので、標準化し整備されることを期待したい。		
Ⅲ-3-(5) 衣服についての支援が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(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 59	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
基本的には服装は自由で、家庭で選択して通所している。グループホーム利用者については、世話人が必要に応じて対応しており、全体的に見ても不適切な衣服の着用者はいなかった。		
Ⅲ-3-(5)-② 衣服の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 60	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
本人・家族から着替えを希望された場合は、あらかじめロッカーに予備の服を用意して、その時々意思を尊重して対応している。汚れた場合には洗濯し、破損に関しては家族に事情を説明しているが、対処するための業務手順は用意されていない。		
Ⅲ-3-(6) 理容・美容についての支援が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(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 61	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
通所施設のため、理容・美容についての規則はなく、特別な対応はしていない。髪型や化粧については、本人・家族の好みで決めている。また、必要に応じて爪切りを行っている。		

Ⅲ-3-(6)-②	理髪店や美容院の利用について配慮している。	障 62	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
通所施設のため、対応するケースはほとんどないが、法人内に相談支援事業者や居宅介護事業者があるので、希望があれば連絡・調整して対応することは可能である。			
Ⅲ-3-(7) 睡眠についての支援が適切に行われている。			
Ⅲ-3-(7)-①	安眠できるように配慮している。	障 63	a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
非該当			
Ⅲ-3-(8) 健康管理が適切に行われている。			
Ⅲ-3-(8)-①	日常の健康管理は適切である。	障 64	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
定期的に内科検診や歯科検診、健康診断が行われているが、歯科衛生士等による定期的な指導は受けていない。月1回の看護師による巡回訪問があり、血圧測定や聞き取りなどが行われているが、血圧測定は一部利用者のみであった。インフルエンザ等の予防接種は、注射を嫌がる利用者が多く、危険を伴うため、各家庭での対応としている。感染症対応マニュアルは現在作成中である。			
Ⅲ-3-(8)-②	必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	障 65	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
地域内に概ね20分以内でアクセスできる協力医療機関を確保しているが、日常的な連携は取れていない。また、利用者の状況によっては、個々にかかっている医療機関に通院するなどのケースにも対応している。ただ、看護師の勤務時間が短いため、ケガや急病の時の対応手順を整備し、正規職員だけでなくパート職員を含めて周知しておくことが必要と思われる。			
Ⅲ-3-(8)-③	内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	障 66	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
薬の取り扱いについての大まかなマニュアルは確認できたが、薬の管理、保管場所、使用状況などについての文書化が遅れている。与薬のチェックシート等も作成されておらず、至急の改善を望みたい。			
Ⅲ-3-(9) 余暇・レクリエーションが適切に行われている。			
Ⅲ-3-(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 67	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
余暇活動やレクリエーションは、利用者の自治会や個別面談の機会を通して意向を確認している。また、年間行事も季節に合わせた行事を企画したり、利用者の意向を反映させる等、利用者本位の姿勢を崩さないよう工夫している。			
Ⅲ-3-(10) 外出、外泊が適切に行われている。			
Ⅲ-3-(10)-①	外出は利用者の希望に応じて行われている。	障 68	a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
通所施設のため、非該当。			
Ⅲ-3-(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 69	a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
通所施設のため、非該当。			

Ⅲ-3-(11) 所持金・預かり金の管理等が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(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 70	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント		
通所施設のため、預かり金は行っていないので規定も定められていない。お金を使う場面としては、昼食後に希望する利用者はジュースを購入できるサービスがある。自分で金銭を管理できない利用者は職員が預かっているが、その場合、金銭を管理する人や保管場所は決められているが、そのルールが文書化されていない。		
Ⅲ-3-(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 71	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント		
以前は施設内に雑誌や新聞を置いていたが、こだわりのある人が破ってしまうため、現在は置いていない。利用者からの特段の希望もないことからそのままになっているが、希望があれば対応する体制にはある。		
Ⅲ-3-(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 72	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント		
喫煙や飲酒については、現在は希望する利用者がいない。自宅で飲酒する利用者については、弊害等の指導をしている。今後、本人の希望があれば、家族の同意や医師の意見を確認し、対応できるよう検討していくこととしている。		