

## 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12月4日(金)
---------------	---------------------

### ②施設・事業所情報

名称：かしの木サポートプラザ	種別：生活介護、就労継続支援B型	
代表者氏名：川口 千鶴子	定員（利用人数）：30名	
所在地：愛知県一宮市北丹町2番地		
TEL：0586-28-8288		
ホームページ：		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成21年 4月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人榎の木福祉会		
職員数	常勤職員： 25 名	
専門職員	(管理者) 1名	(支援員) 24名
	(作業療法士) 1名	(介護福祉士) 2名
	(保育士) 1名	
施設・設備の概要	(居室数)	(設備等) 厨房、シャワー室

### ③理念・基本方針

#### ◆理念◆

(法人)

『ひとりひとりひかる』地域の中での豊かな暮らしを目指していきます。  
障害を差ではなく個性と認めあえる社会へ

(施設・事業所)

一人一人の得意なことを日中活動に生かしていき様々な内容の活動を通じ一人ずつの地域生活の充実を目指す。

#### ◆基本方針◆

一人一人の障害をハンディではなく個性として生かしていく活動の提供を目的としています。

また、家族がいなくなっても安心して地域で当たり前の暮らしを送ることができるように日中活動を通じて支援していきます。

### ④施設・事業所の特徴的な取組

・地域との交流、月1回第3木曜日の朝市、年1回の夏祭りを通じて地域の中で当たり前活動している様子を知って頂き地域で充実した生活につなげていけるように交流しています。

・職員研修、毎月1回の職員研修と合わせて法人内での研修にも力を入れています。また、今年度は研修後の振り返りにも力を入れています。

### ⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成27年 8月 3日(契約日) ~ 平成28年 6月 7日(評価結果確定日)
受審回数 (前回の受審時期)	2回 (平成25年度)

## ⑥総評

### ◇特に評価の高い点

#### ◆管理者のリーダーシップ

管理者は、就任して2年であるが、前管理者の時代から実質的な管理者として、事業所開設時から事業運営に携わってきた。市との契約等の交渉においても法人を代表してその任に就いており、責任感も強い。事業所運営のみならず、建物・施設の総合的な責任者としての位置づけであり、配下の職員だけでなく、同居する他の事業所の役職員からの信頼もある。限られたスペースの中に多くの事業展開が図られており、狭隘感、狭窄感があるが、これを打破する管理者の手腕に期待したい。

#### ◆地域の障害者理解のために

地域が、障害者への正しい理解を深められるよう、徹底して地域交流を行っている。生活介護と就労継続支援B型の事業内容は、喫茶店、雑貨・小間物屋、出張室内清掃、出張庭整備、洗車サービス等であり、どれをとってもエンドユーザーの顔が見える。逆に言えば、顧客から顔を見てもらえる関係である。健常な人と比べれば、少しはスピードが遅いかもしれない。多少はまどろっこしい思いをするかもしれない。でも、それを「個性」として捉えてほしい。それをしっかり見てほしい。そんな法人理念の呼びかけに応じて、毎月第3木曜日の朝市には地域の馴染み客が列を作る。

#### ◆利用者への研修手段

事業の形態が、利用者を介して一般のユーザーと接することから接遇面の研修に力点が置かれている。研修で学んだことを職員が現場で実践する。その職員の接遇態度を見て学び、マネをして、利用者が一つひとつの正しい接遇態度を身に付けていく。時間はかかるかもしれないが、“職員がお手本を見せること”、これは紛れもなく利用者に対する強力な研修手段である。

### ◇改善を求められる点

#### ◆保護者会の出席率のアップを

通所事業所の場合、利用者への自立支援は家庭との緊密な連携を必要とする。家庭での生活と事業所の支援とのベクトルが合っていないと、利用者は混乱してしまう。その弊害をなくすために、事業所は2ヶ月に1度の保護者会を開催し、事業内容や方針を説明して理解を求めている。しかし、出席率が思わしくなく、半数に満たない程度の出席である。平日開催、土曜日開催と開催曜日を替える等、出席率の向上を目指した工夫は見られるが、まだ実効は挙がっていない。

#### ◆改善を要する喫食環境

食堂のスペースが狭く一度に入ることができないため、昼食は交替制となっている。15分単位で6グループが目まぐるしく交替する。昼の休憩時間は十分にあるが、喫食時間は15分と限られている。利用者の意思で自由に時間を決めて取ることは難しく、ゆっくり時間をかけての食事のままならない。喫食環境については、ハード面をも含んだ改善の検討余地がある。

## ⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

## 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			
利用者がグループに分かれて活動する頻度が高く、なかなか一堂に会する機会がないが、年度の初めに理念や年度目標を伝え、年始の挨拶でも確認している。意思伝達に制限のある利用者への周知方法に工夫が望まれる。			

### 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			
法人事務局からの情報や管理者会議への参加で得られる内部情報に加え、市の自立支援協議会(日中支援部会)、特別支援学校、法人のバックである「かしの木の会」、相談支援事業所等から外部情報を収集している。市との連携によって生まれた事業所であることから、市との緊密な連携を図りながら新規の事業展開を考察している。			
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			
事業は、生活介護と就労継続支援B型、日中一時支援であるが、活動内容が多彩で建物内には喫茶店や雑貨店、小物の製作所等を配置している。加えて、法人事業の放課後等デイサービスや療育サポート事業、貸室業等が同居しており、狭窄感がある。食堂も狭く、昼食は6組のグループが15分間隔での喫食を余儀なくされている。他の物件への事業分割、移行の検討が必要であろう。			

### 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			
法人の中・長期計画(10年ビジョン)を基に、「日中活動部会」の部分を準用して事業所の中・長期ビジョンとしている。市や法人事業が交雑する雑居ビルの運営形態になっており、先を見据えた面積計画(建替え、他の建物への移動等)の策定が望まれる。			

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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
法人の10年ビジョンを考慮しつつ、前年度の事業計画を評価・検証し、残された課題を次年度計画に反映させる形で事業計画を策定している。複雑な事業形態であるだけに、事業所独自の中・長期計画を策定し、それに連動させた事業計画の策定が望まれる。			
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
各グループごとに担当者が事業計画案を作成し、職員会議で検討して完成させている。事業活動のグループ分けが明確にされていることから、活動や取り組みがグループ内で完結されることが多く、職員が事業所全体の事業を把握することは難しい。特に、非正規職員に関してはこの傾向が強い。			
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
2ヶ月に1度保護者会が開かれており、その場で事業計画の説明資料を配布しているが、周知、理解の程度は把握していない。保護者会への積極的な参加を呼び掛けているが、対象者の半数に満たない程度の出席数である。平日開催、土曜日開催と開催曜日を替える等、出席率の向上を目指した工夫は見られるが、まだ実効は挙がっていない。			

#### 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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
第三者評価を積極的に受審し、課題の抽出まではできているが、その後の組織的、計画的な取り組みがない。			
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
「事業所の適正面積の確保(建替え、他の場所への移動)」と、課題は明確になっているが、課題のスケールが大きすぎて具体的な動きとはなっていない。法人の中・長期計画に盛り込むことや、事業所の中・長期計画を策定する(スケジュールを作る)ことによって、具現化の道を探してほしい。			

## 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) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>管理者に就任して2年であるが、前管理者の時代から実質的な管理者として、事業所開設時から事業運営に携わってきた。市との契約等の交渉においても法人を代表してその任に就いており、責任感も強い。建物・施設の総合的な責任者としての位置づけであり、配下の職員だけでなく、同居する他の事業所の役職員からの信頼もある。</p>		
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) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>管理者は、法人の研修部門の責任者を兼ねることから、研修に関する意識が高く、自らも積極的に外部の研修に参加している。建物内の他事業所を含めた研修を毎月組み、その中でもコンプライアンスの重要性を伝えている。</p>		
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 ・ (b) ・ c
評価機関のコメント		
<p>喫茶店や小間物屋、出張室内清掃、出張庭整備、洗車サービス等々、利用者が事業活動を通して一般のユーザーと交わる機会が非常に多い。サービスの質を考えるときには、利用者の満足度を高めることの他に、エンドユーザーの満足度を高めることも考慮せざるを得ない。そのために現場で役立つ研修の実践として、座学方式からOJT方式に変更して研修を進めている。職員の意識や視点が変わり、職員提案が増えてきた。成果の検証は、次回の第三者評価に委ねる。</p>		
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 ・ (b) ・ c
評価機関のコメント		
<p>最大の課題はハードの部分であり、市の管轄であることから管理者の思い通りにはいかない。現状の中で最大限の効果を挙げようとの取り組みは見られるが、新たな事業展開の構築も困難であり現状維持に注力することを余儀なくされている。</p>		

### 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 ・ (b) ・ c
評価機関のコメント		
<p>法人としての慢性的な人材不足が問題となっており、対処策は取られているが実効が伴ってこない。当該事業所においては、男性職員の雇用が急務となっている。管理者の強い思いとして、「地域からの職員雇用」があり、このことも男性職員の採用を難しくしている。</p>		
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障 15 a ・ (b) ・ c
評価機関のコメント		
<p>法人としての人事考課制度が“中座”し、キャリアパスの導入も計画中である。今年度、法人内に人事検討委員会が組織された。余りの大きな期待をかけることはできないが、この人事検討委員会が有効に機能して、慢性的な人材不足の解消につながることを期待したい。その後、管理者が率いる研修委員会の真の出番(職員の育成)がある。</p>		

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り組んでいる。	障 16	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
管理者と職員との面談制度が定着しており、職員の研修参加の希望や就労面での要望等を聞き取っている。正規職員の数に比し、圧倒的に非正規職員の数が多く、正規職員への業務負担や責任の範囲が広がっている。そのような就業環境の中でもあり、職位や職種によって有給休暇の取りづらさがあることは否めない。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
面談を通して職員個々に目指すべき目標を設定しているが、職員の意識が高揚していない部分も見られる。次年度からは、職場を交換して研修する制度の導入が予定されている。座学からOJT中心の研修に切り替えて効果があったように、様々な研修の方法を試行し、試行錯誤を繰り返しながらも職員個々の力量が向上することを期待したい。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
法人主導の研修とは別に、建物内の他の事業所をも含めた内部研修が毎月開催されている。事業の形態が、利用者を介して一般のユーザーと接することから接遇面の研修に力点が置かれている。研修で学んだことを職員が現場で実践することによって、利用者に対するOJT研修の手段ともなっている。職員の接遇態度を見て学び、マネをして利用者が一つひとつの正しい接遇態度を身に付けていく。			
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			
外部研修の情報をも含めて、職員に積極的な研修参加を呼び掛けている。自己啓発的な部分については、職員の意識の差が研修の履修回数之差となって現れている。			
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			
同じ建物内の放課後等デイサービスで受け入れた社会福祉士実習生を、連携して受け入れている。受け入れ主体が放課後等デイサービスであることから、実習に関する記録は全て放課後等デイサービスが管理している。実習の多くの部分を当該事業所で実施しており、次回の実習生受け入れに反映させるためにも、必要な記録に関しては残しておくことが望まれる。			

### 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			
ホームページを使って事業の内容を公表し、第三者評価を継続して受審する等、事業運営の透明化を図っている。3ヶ月ごとに第三者委員会が開かれており、苦情があれば提示する仕組みがある。当該事業所に関しては、上程するレベルの苦情の発生はない。意見・要望の類は2ヶ月ごとの保護者会で回答している。課題は、苦情を受け付けた場合に、苦情の内容や改善・対応の状況を一般に公表する仕組みが構築されていないことである。			

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
財務・会計に専門性の高い法人監事2名による監査が実施されており、内部の監査制度は機能している。法による外部監査の義務化を待つことなく、外部専門家による定期的な監査が実施されることを望みたい。			

## 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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
地域と直接触れ合う事業展開であり、職員も地域の出身者を優先的に採用している。喫茶店、雑貨・小間物屋、出張室内清掃、出張庭整備、洗車サービス等々、事業のほとんどが地域を対象としている。さらに、毎月第3木曜日に開催される恒例の朝市には、地域の馴染み客が大勢集まる。地域の障害者理解を深めようとの事業所の取り組みが着実に根を張り、地域に支えられながら、利用者が確実に社会性を身に付けている。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
各事業所から選出された委員で構成されるボランティア委員会があり、大きなイベントでは威力を発揮している。事業所にも各種のボランティアが来訪しており、学生や地域の主婦のボランティアに混じって、職場適応訓練のために障害を持った人もボランティアとしてやってくる。実施後の評価は、ボランティア委員会が総括して行っている。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
社会資源のリストが作成されており、主要な関係先は事務室に掲示がある。3ヶ月に1回開催される市・自立支援協議会の日中支援連絡部会に欠かさず参加し、ネットワークの構築に一役買っている。管理者に業務や情報が集中するきらいがあり、適切な業務分担や役割分担が望まれる。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
喫茶「おやまのカフェ」にはいつも子ども連れの若い女性客がおり、雑貨店「こまこま」にも足を運ぶ。毎月第3木曜日には、地域の馴染み客が朝市に列を作る。地域住民にとっての日常の一部として認められている。地域一帯は大規模な震災時には液状化が心配される地域である。大規模災害が発生した場合には、市の福祉避難所としての使命を果たすことになっている。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
法人を後押しする「かしの木の会」がアンケートを実施し、グループホームの増設が最優先で取り組むべき福祉ニーズとなっている。事業所としては、自立支援協議会や特別支援学校、相談支援事業所等との連携の中から情報を収集して新事業につなげようとの思いはあるが、事業展開すべき空間の余地があまりもなさすぎる。			

## 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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
活動グループごとに分かれて会議を実施しており、その中で倫理綱領や利用者尊重に関する勉強会を実施し周知を図っている。基本的人権への配慮がなされているかどうかについての定期評価等については、2ヶ月に1回保護者が集まる機会があり、情報共有を行う中で日頃の支援について把握することを行っている。			
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 ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント			
法人全体で虐待防止に関する研修会を開催し、参加できない職員は各事業所で開催する同様の研修会に参加する仕組みがある。写真等の掲載については「肖像権の同意書」にて意向確認を行った上で、その都度必要に応じて適切に対応している。課題としては、不適切な事案が発生した際の対応方法が明確になっていないことであり、マニュアル等の整備が必要である。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
パンフレットについては市の福祉課や法人内の喫茶店の各店舗、尾西の公民館に設置してある。パンフレットの内容については事業所単独のものと、法人内の全ての事業所が掲載されているものが用意されている。特色として、障害福祉サービスの用語説明が記載された文書(「障がい福祉サービス体系」という名称の用紙)も用意され、複雑なサービス内容の理解を助けるためのツールとして活用されている。			
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 ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント			
パンフレットはもとより、事業ごとに分かれた説明用の用紙が準備されていたり、その全てにふりがながふってあるなど、可能な限りの配慮を行っている。書類だけではわからない部分は口頭にて説明を行っているが、障がいの重い方(意志決定が困難な方)について十分な対応ができておらず、今後の課題である。			
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 ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント			
退所時に対応する担当者が決まっており、口頭にて伝えている。合わせて退所する利用者向けの個別文書も発行しているが、その控え(コピーしたもの)がファイルされていなかった。「誰に」、「いつ」、「どのような書類」を配布したのか確認ができないため、コピー等の控えを残しておくことが望ましい。			
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。			
Ⅲ-1-(3)-①	利用者満足の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 ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント			
家族については年1回(年明けから3月頃の間)に「家庭状況アンケート」という書類を配布し、満足度を含めた様々な情報を収集する取り組みがある。利用者については口頭にて行っており、書面として残ってはいない。記録を残すこと、その結果を分析して具体的な改善を行うことが今後の課題と思われる。			

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
苦情解決の仕組みはできており、用紙等の準備もできている。特に、細かな案件についても第三者委員に通すという風土があり、苦情解決に真摯に向き合っている。利用者にわかりやすく説明した苦情に関する掲示物がなかったこと、苦情やアンケートを受け付けるボックスが玄関脇に設置してあるが、ほとんど投函されることはないこと等、機能していないことの改善が必要と思われる。		
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
意見を述べやすい環境に配慮しているものの、スペース的に安心して話せる場所が少ないため、環境の改善が必要である。現状は事務所や送迎中の車内で聞き取りが行われている。		
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
アンケートボックス(苦情や意見を記載した紙を提出するボックス)が用意されているが、活用された実績がほとんどなく、ボックスのあり方について検討する必要がある。利用者の相談ごとには速やかに対応しているが、その手順についての具体的な文書が確認できなかった。緊急対応マニュアルを準用しているとのことだったが、単独の手順書を作成することが望まれる。		
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
「ヒヤリハット報告書」のファイルが整備されており、ヒヤリとしたことやハットしたことはもとより、事故報告書も適切に管理されている。法人の安全衛生委員会が毎月開催されており、その情報も各事業所に行き渡る仕組みができています。ヒヤリハットについては発生要因の分析までは行っておらず、事実の記載のみで終わっているため、次につなげるための「要因分析」を積極的に進めることが期待される。		
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
各事業所より1名選出されたメンバーで構成される「安全衛生委員会」が法人単位で開催され、月に1回定期的な話し合いが行われている。その情報を事業所に持ち帰り、情報共有する仕組みもできている。対応マニュアルについても整備されているが、事前に訓練が可能な「吐瀉物の処理」等は、模擬訓練の実施が望まれる。		
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
第1木曜日を避難訓練の日を設定し、毎月実施している。火災報知器を鳴らすと、自動的に防火扉が降りてきたり、カフェのお客さんを巻き込むなどの理由で、火災報知器が鳴らない中で訓練を行っている。備蓄については利用者及び職員合わせて80人分の食材を1日分(3食計算)備蓄している。職員がその時々全容(利用者、不特定多数の顧客等)を把握した中で避難誘導ができるかどうか、不安は残る。		

### 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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
一部の業務についてのマニュアルは確認できたが、全ての業務については網羅されていない。たくさんあれば良いと言うものではないが、今一度必要なマニュアルについて精査する必要がある。		

	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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
見直しについては行われていることは確認できたが、定期ではなく、見直しのための決まったルールがあるわけでもない。見直しに関するルール作りが必要と思われる。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
アセスメント用紙については統一されたものがあり、適切に作成されていたが、一部の利用者については現在作成中であり、全員分ができてはいなかった。内容についてはサービス管理責任者及び担当職員で作成し、必要に応じて看護師や栄養士を巻き込んで作成している。計画通りにサービス適用がなされているかどうかの確認については、日々の記録等で把握することができる。			
	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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
見直しをする時期は半年に1回となっており、記録についても適切に作成及び管理が行われている。検討会議についても、正規職員が中心とはなっているが複数の職員が関わり、その見直し作業を行っている。その結果の周知についても、全職員を対象に伝達するようにしている。			
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、職員間で共有化している。	障 44	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
決められた用紙があり、全て手書きではあるが適切に記載されている。内容についてもボリュームはないものの、必要な情報が見てすぐわかるような記載方法となっている。記録内容の情報共有については、活動部署ごとに分けられており、速やかに把握できる仕組みとなっている。記載すべき項目がある程度決まっているため、職員による記録の差異は見られない。			
	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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
毎年個人情報保護に関する同意書を職員に書いてもらっている。その際、個人情報保護に関する周知を行っている。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
法人内にある「おしゃべりの会」と称する退所した利用者の集まる会がある。定期的開催しているが、地域移行した利用者も含まれており、退所後のアフターフォローも行っている。アセスメント作成時及び年度末に行う「家庭状況アンケート」にて、地域移行の意向について触れるようにしている。情報提供としてグループホームの待機状況や居宅サービスに関することなども伝えている。個別支援計画にも、必要な利用者の地域移行について触れられている。			

### 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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
絵カードや写真等を使ってコミュニケーションが円滑に行えるような配慮を行っている。利用者によっては個別支援計画に落とし込まれている。また、同一建物内に別事業の配置として臨床心理士の資格を持った療育スタッフが勤務しており、その職員に相談したりアドバイスをもらうこともある。課題は、特別な配慮を要する利用者全員については、まだ取り組めていないことである。			
Ⅲ-3-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 48	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
自治会は存在するが、施設内4つに分かれたグループごとに行っている。中には定期的に行っている部署もあれば、そうでない部署もある。全利用者が定期的に自治会に参加できる体制を整えることが課題である。			
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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
就労継続B型の利用者と、生活介護の利用者とでは、見守りと直接支援との比重が違うが、利用者個々について見守り支援に関する方針等を会議にて確認している。課題としては、職員が“我慢”できずに手を貸してしまうことや、本人のスキルと支援者側の判断とが必ずしも一致しない場合、本人が納得して支援を受けているとは言い難い場面があることである。			
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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
施設内においては洗濯物を干したり洗ったり、食事準備など生活スキルの向上に努める機会が用意されている。ただし、対象者が複数いる中、その全員には提供されておらず、一部の利用者のみとなっていること、学習プログラムが用意されていないことが今後の改善課題となっている。			
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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
個別支援計画にて食事に関する記載はされており、その内容に従って提供されている。食事の提供形態は刻み食（一口大）と普通食の2種類となっているが、それ以外の形態（油控えめ、塩分控えめ、アレルギー代替食など）はなく、ご飯量のみの調整となっている。			
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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
毎年嗜好調査を実施し、献立に反映させている。給食会議については毎月開催されているが、開催時間が他の事業所との兼ね合いで夕方に行っているため、当該事業所の利用者にとっては時間外となることから参加はしていない。献立については掲示して周知を図っている。時間差をつけたグループ編成にて摂取しているため、最初と最後のグループが最大1時間の開きがあり、ご飯と汁物は比較的温かいが、おかずが冷めているのが現状である。			
Ⅲ-3-(2)-③	喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	障 53	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
食堂のスペースが狭く一度に入ることができないため、交替制となっている。具体的には11:30から12:45の間に15分単位でグループに分かれて食事を摂っている。時間については利用者の希望を考慮してグループ分けとなっており、その日その日で自由に時間を決めて取ることは難しい。喫食環境については、ハード面をも含んだ改善の検討余地がある。			

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	非該当
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	非該当
評価機関のコメント			
非該当			
Ⅲ-3-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 56	非該当
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
排泄介助に関する個別のマニュアルが用意されている。同性介助を原則としているものの、男性支援員の人数が極端に少ないため、女性スタッフが男性利用者の排泄介助を行う場面がある。排泄結果については毎日、毎回の排泄ごとに記録されている。			
Ⅲ-3-(4)-②	トイレは清潔で快適である。	障 58	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
「トイレチェック表」を活用して常に清潔に保てる取り組みを行っている。実際にトイレについては確認したが、整理・整頓されており、防臭対策も実施されていた。全体的に清潔に保つことができている。			
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	非該当
評価機関のコメント			
非該当			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
衣類が汚れたり破損がある場合は、その都度見つけた職員が利用者に促すなどの取り組みは見られる。課題としては、破損が生じた際の対応手順が用意されていないことである。対応自体はしっかりされているが、職員同士が現場でのやりとりの中で進めている印象があるため、職員によっては破損や汚れに関する意識の差異があると思われる。その差異を埋める取り組み(基準の作成等)が求められる。			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
喫茶店(「おやまのカフェ」)を経営しているため化粧や髪の毛についてはルールを決め、店員として最低限守るべき基準を定めている。これを除けば、必要に応じて利用者の理・美容に関する相談を受け付け、場合によってはお手伝いするなどの取り組みを行っている。通所事業所という特性上、現時点で必要な取り組みは十分されている。		
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	非該当
評価機関のコメント		
非該当		
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	非該当
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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント		
年2回の健康診断、歯科検診、インフルエンザ予防接種など、健康管理に関する取り組みは十分されている。検診の結果についても家族に書面で配布した上で、看護師と事業所でそれぞれ保管し、日頃の健康管理に役立てている。看護師は月に2回来訪し、日頃は同法人内他事業所に常駐している。車で30分程度はかかるが、緊急対応してもらうことは可能である。課題としては、健康管理全般に関するマニュアルの整備である。		
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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント		
日常的に連携を図っている協力病院は車で10～15分の所にある。健康面の急変時における対応マニュアルがなく、早急の整備が求められる。現在は緊急事態対応マニュアルを読みかえて活用しているが、軽微な体調不良時における対応手順をも含めた健康管理マニュアルとして整備することも一考であろう。		
Ⅲ-3-(8)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	障 66	a ・ ① ・ c
評価機関のコメント		
投薬については誤薬事故があったことを受け、投薬方法の見直しを行うなどの取り組みを行っている。その後同様の事故は見られない。その他については、処方箋の管理や投薬記録等の書類は整備されており、仕組みとしてはできている。課題としては投薬に関するマニュアルや誤薬防止のマニュアルはあるものの、誤薬、飲み忘れ、重複投薬、服用拒否等のトラブルが発生した時に対応するマニュアルがないことである。		
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	a ・ ① ・ c
評価機関のコメント		
活動内容については基本的に自治会を通じて決めることが多く、日帰り旅行や忘年会では利用者の希望が取り入れられている。旅行では行き先を複数箇所選定し、パンフを用意して利用者を選んでもらう形を取り、忘年会では利用者の好きなメニューを多数決方式で決定している。これら大きな行事への取り組みは高く評価できるが、日常の事業所内での余暇の利用について目を向けると、個々の希望が叶っているとは言い難い状態であり、改善の余地を残している。		

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
活動時間中の個人的な外出については安全性を考慮して原則認めていない。ただし、職員同伴であれば外出が可能となっている。活動の一環でコンサートや展覧会などに出かける機会もあり、利用者の希望に応じて実施されている。個々の希望に応じた外出支援については、全員には難しいものの、可能な利用者には積極的に配慮していくことが可能であり、今後の課題でもある。		
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	非該当
評価機関のコメント		
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	非該当
評価機関のコメント		
非該当		
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	非該当
評価機関のコメント		
非該当		
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
飲酒については日中活動施設ということもあり、利用者が飲酒をする機会はないが、喫煙については1名の希望者がいる。本人及び主治医との話し合いの結果、利用時間中は2本と決めている。建物内が完全禁煙のため、副流煙を考慮して喫煙する場所は建物外に個別に用意している。個人への対応については十分であるが、利用者全員に対する喫煙の弊害(受動喫煙)や飲酒の弊害(アルコール中毒)についての周知に関しては改善の余地がある。		