

## 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 28年2月27日(土)
---------------	----------------------

### ②施設・事業所情報

名称：障害福祉サービス事業所 あおぞら	種別：生活介護・就労継続支援B型	
代表者氏名：堀江 貴子	定員（利用人数）： 30名（32名）	
所在地：一宮市千秋町塩尻字花ノ木63番地		
TEL：0586-77-7137		
ホームページ：		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成 17年 12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： 13名	
専門職員	（管理者） 1名	（調理） 1名
	（サービス管理者） 1名	（運転手） 1名
	（生活支援員） 9名	
施設・設備の概要	（居室数）	（設備等）

### ③理念・基本方針

◆	<p><b>理念</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人 学校を出たけど行くところがない。働きたいけど働くところがない、という障害を持った方々の思いに対し、一人の在宅者も出さない。</li> <li>・施設・事業所 どの人も、たった一度の人生、生きがいを持って自分らしく生きていきたいと願っています。どんなに重い障害を持っていたとしても、誰と取り替えることのできない人生を歩み、自分らしさ（個性）を発揮し、人や社会とのつながりを持って、自分らしい生活の実現を望んでいます。</li> </ul>
---	--

#### ◆基本方針

- ・一人ひとりの活躍をめざし、メンバーとスタッフが共にはたらき、共にあゆみます。
- ・しごととしごと。あそびはあそび。メリハリのある生活を支援します。
- ・その人の生活がより充実する様、行事レクも一生懸命取り組み、経験を積んでいきます。
- ・スタッフは常に向上心を持って学び、支援に活かし続けます。
- ・出会いを大切に、地域の中で共に寄り添い、支えあえる事業所を目指します。

#### ④施設・事業所の特徴的な取組

- ・利用者・家族の方に、あおぞらは仕事をするとと理解していただき、利用していただいている。
- ・B型においては工賃目標を達成できるよう、特に自転車解体等の作業や施設外作業に力を入れている。
- ・作業の質（キャンドル）の進歩
- ・仕事と遊びのメリハリをつけるようにしている。
- ・利用者のその日の状況に合わせた柔軟な支援を心掛けている。
- ・行事等を利用して、様々な経験を積んでいただいている。
- ・送迎を自宅前まで行っており、利用者同士の相性なども考慮してルートを組んでいる。
- ・日中一次支援事業を通じ、家族のニーズに対応している。

#### ⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 28年 1月 5日（契約日）～ 平成28年 6月 9日（評価結果確定日）
受審回数 （前回の受審時期）	1回 （平成 24年度）

## ⑥総評

### ◇特に評価の高い点

#### ◆特徴ある就労支援が行われていること

不要自転車を回収して解体し分別する作業を行っており、自転車の100%資源化リサイクルを目指した特徴ある就労支援を行っている。また、昨年導入した手作りキャンドルの作業においても、利用者の特性に合わせた作業支援を展開しており、資源のリサイクル化を図る有用な取り組みとなっている。

#### ◆各種マニュアルが整備されたこと

第三者評価受審をきっかけに各種マニュアルの総点検を行い、これまで不足していたマニュアルを新たに整備している。まだ不足しているマニュアルはあると思われるが、逐一整備を進め、マニュアルに基づく支援の実践を通して、福祉サービスの質の向上が図られることを期待したい。

### ◇改善を求められる点

#### ◆マニュアルに基づく支援の充実

マニュアルは整備されたが、マニュアルに基づく支援の充実を図る必要がある。新しく作成したマニュアルに関する研修や学習を行い、職員の共通した理解を得る取り組みが必要である。さらに、支援の現場でマニュアルに沿った取り組みが実践されているか、否かを検証する仕組みづくりも求められる。

#### ◆生活環境の改善

男子トイレの一部に修繕の必要な個所がみられる。また、解体する自転車置き場の整備や、破砕機等の危険個所での徹底した安全管理体制が求められる。

## ⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

他の作業所ではあまりやっていないような作業として、不要自転車の回収・解体等や、手作りキャンドルの作業を選択して、これまで特に力を入れて取り組んできたことに対し評価をいただいたことは、これからの自信になります。  
前回の第三者評価受審をきっかけに、不足していたマニュアルの整備を進めてきましたが、整備後そこから先に進むことが大事であることが確認でき、今後の課題として明確になりました。  
ありがとうございました。

## 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。

(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(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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
理念・基本方針は文書化され、職員に周知するために会議や研修等の場で披露しているが、十分理解されているかは把握していない。今後、より周知するために目のつきやすい場所に貼付して徹底を図ることが望ましい。		

### 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 a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
毎年、各部門の実績を取りまとめ、事業所としての実績を理事会において報告し状況を説明している。理事会において指摘・指示のあった事項については職場に持ち帰り、職員会議等において発表して対応策に取り組んでいる。地域の福祉計画の内容分析までには至っていない。		
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
「いかに効率よく、質の高い仕事ができるか」というテーマを掲げて新規事業開拓に挑戦している。昨年導入したキャンドル事業が利用者の特性に応じた活躍の場としても軌道に乗ってきており、作業に従事する利用者のモチベーション向上につながっている。さらに効率化を目指すためにも、職員同士で課題を検討し合い、事業所全体で取り組むことが望ましい。		

### 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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
第三者評価受審に向けた自己評価の際に、中・長期計画が不備であったことに気づき、現状分析を行ったうえで新たな目標設定を行っている。しかし、収支計画の策定にまでは至っていない。		

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
中・長期計画、前年度の実績を踏まえて次年度計画を立てており、理事会等で報告している。それぞれの部門において利用者の工賃向上を目指した努力が続けられている。			
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			
各部門担当からの声を集約して実績を評価し、事業計画作成に繋げているが、出来上がった計画を全員に説明し意識統一を図る仕組み作りが望まれる。			
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			
毎年4月に保護者(家族)会を開催し、資料を配布して実績報告と事業計画の内容を発表している。分かりやすい説明になるよう工夫はしている。意思伝達に制限のある利用者に対しても、さらに理解が進むような工夫がほしい。			

#### 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			
一応評価基準は定めてあり、年1度自己評価を行う体制にはある。今後の計画として、職員個々に目標設定をさせ、管理者と話し合いながら質の向上に繋げる施策は持っている。成果の検証は次回の第三者評価受審時となる。			
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			
過去の第三者評価による指摘事項(マニュアルの不備等)により解決出来たものもあるが、問題点の共有が十分にできておらず改善が望まれる。			

## 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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
職務分掌について、会議等で口頭では説明しているが文書化はされていない。有事の際の指示は的確であるとの説明があったが、文書による確認はできなかった。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
管理者としては遵守すべき法令・規則について承知しているが、職員全般への周知・徹底までは確認できていない。会議・勉強会等において、重要度や緊急性の高いものから取り上げて周知を図ることを望む。			
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			
質の向上に向けた話し合いは行っているが、課題の改善に向けた取り組みは明確ではない。具体的な取り組みを明確化するために、サービスの質について定期的に評価する仕組み作りが望まれる。「サービスの質の評価」は、「利用者満足度の把握」と置き換えても大差はないであろう。			
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	⑦ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
作業の実効性を向上するために、管理者自ら全作業現場に向いて指導・助言を行っており、また、働きやすい職場作りの実現に全精力を傾けている。職員だけでなく、利用者からの信頼も厚い。			

### 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			
法人として全事業所の職員配置状況を2ヵ月毎に管理者会議で確認しており、過不足なく人員配置ができるように配慮している。現場では気持ちよく仕事ができる環境づくりを念頭に、人格・人間性を見極めた配置に心掛けている。将来的な人員計画は、中・長期計画との連動を考慮して策定することを望みたい。			
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			
倫理規定、行動規範で求める職員像は明確化されているが、具体的な人事基準がない。評価基準のための人事考課導入を検討している。キャリアパスも念頭に置いての制度設計が待たれる。			

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り組んでいる。	障 16	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
有給休暇取得状況、時間外労働のデータを定期的に確認して就業状況を把握している。早朝出勤が求められる送迎担当もローテーションすることで過度な勤務にならないよう配慮している。各種資格取得の応援や時間配慮も行っている。課題は、職位や職種によって有給休暇の取得にむらがあることである。			
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			
現在の段階では確認できないが、今後の施策として、職員個々に「自己としての目標、分担している仕事に対する目標」を立てさせ、達成度合いを検証する計画を持つてる。			
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			
新任職員に対する導入研修は法人として実施計画・要領に基づき実施しているが、中堅職員に対しては特段の計画はない。過去は管理者が適宜出席を促して参加させていたが、今後は自ら受講したい研修項目を挙げて参加する形を計画している。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
参加希望が出た場合には、優先的に参加させている。毎月の勉強会でも、積極的な参加申し込みを促している。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
社会福祉士現場実習マニュアル・手引は作成しており、受け入れ準備は整っているが、積極的に声掛けはしておらず、過去1名の受け入れがあるのみである。			

### 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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
ホームページが開設されており、法人・事業所の概要、理念、基本方針をはじめサービスの内容、事業計画等の情報が公開されている。事業所独自のパンフレットには事業概要・作業内容、年間行事計画等が分かりやすく紹介されている。			

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
事業所の事業・取引内容については定期的に理事会等で報告しており、専門家による内部監査も定期的を実施して透明性を確保しているが、利用者・家族、職員に対しての詳細報告・説明は不十分であり、今後の課題となっている。			

## 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			
地域ボランティア団体である余暇支援活動団体に事業所所有車を貸し出し、活動を支援している。地域の清掃作業にも積極的に参加しており、地域の一員として交流している。不要自転車の無料回収、自転車部品の販売を通じて地域と密接に係わっている。			
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
社協の窓口となり、毎年中学生や教員のボランティア申込みに応じている。夏休みの1日を利用して受入れているが、活動・学習時の配慮や注意事項の説明は整備していく必要がある。			
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			
市の自立支援協議会、県のセルフ(自主製品の販売ルート斡旋機関)に加盟し、定期的に連絡会に参加している。職員間での情報の共有が図られることが望まれる。			
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			
過去、養護学校から障害者支援に関する講演依頼があり、生活支援・就労支援について現状・課題等を説明している。事業所は、災害時の緊急避難場所に指定されており、必要最低限の備蓄を行っている。自転車以外にも廃品の持込みに応じており、地域に貢献している。			
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			
短期入所と日中一時事業の同時利用が不可能のため、利用者によっては日中一時事業の私的契約を結んで要望に応えている。民生委員・児童委員等との会合はなく、福祉ニーズの把握は十分ではない。			

## 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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
理念・基本方針・「コスモス福祉会倫理綱領」において、利用者を尊重した福祉サービス提供について明示するとともに、職員が共通に理解し実践するための取組を行っている。引き続き、職員が共通の理解を持って取り組めるよう、研修を充実することが望まれる。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
利用者のプライバシー保護や虐待防止に関する規程・マニュアル類は整備されているが、規程・マニュアルに基づいて具体的な取組を充実することが望まれる。			
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
利用希望者に対して、ホームページやパンフレットにて情報提供している。ただホームページの更新が適切に行われておらず、事業所情報では「定員20名」(現在は定員30名)と、古い(誤った)情報を提供している。事業所から発信する情報は正確に伝える必要がある。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
福祉サービスの開始・変更にあたっては、利用者や家族に説明し同意をえたうえで、契約書等により内容を書面で残している。意思伝達に制限のある利用者に対しては、分かりやすい資料の作成が求められる。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
事業所等の変更にあたっては、福祉サービスの継続性が確保できるよう、引継ぎ文書等作成して不利益を生じないよう配慮している。			
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。			
Ⅲ-1-(3)-①	利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	障 33	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
利用者が自治会に参加することで、利用者の満足度を把握するようにしているが、今後は定期的に利用者アンケート調査等を実施する予定をしている。保護者会を通じて利用者の満足度を把握するようにしているが、保護者の満足度調査になってしまうため、満足度調査の中身を検討中である。			

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		
法人において苦情解決規程を作成しており、事業所においても「苦情に対する対応マニュアル」を作り、苦情の受付から終結までの手順を定めている。苦情内容や解決を図った結果について、保護者への広報誌「あおぞらトピックス」等での公表を検討することが望まれる。		
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		
利用者毎に担当者を決めており、担当者が個別に相談を受ける体制となっている。担当者以外にも、利用者にとって話しやすい職員が対応できる仕組みを作り、利用者等に周知することが望まれる。		
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		
職員は毎日の送迎時等に、利用者（保護者）からの相談や意見を聞くことが多い。今後は、相談や意見を受けた時の対応マニュアルを整備することや、意見箱を設置して積極的に意見を聴取する仕組みを検討中である。		
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		
リスク管理マニュアルとして、応急処置、感染症、衛生管理、食中毒、事故、事件、ヒヤリハットのマニュアルを作成しており、それぞれの内容に対応できるよう、職員への周知を図っている。ヒヤリハット事例を積極的に収集し分析・検討することで、安心・安全な福祉サービス提供に取り組む予定である。		
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		
感染症対応マニュアルを整備して、感染症の予防と発生時の対応を定めている。マニュアルに従った対応ができるよう、引き続き職員への周知を図る予定である。吐瀉物の処理等は、模擬訓練を行ってその時に備えてほしい。		
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		
防災マニュアルを整備して、災害時における利用者の安全確保のための避難訓練を行っている。また、水などの備蓄品を準備している。利用者送迎時の災害発生を想定し、経路にある避難所の調査や送迎車の避難マニュアル等の検討が望まれる。		

### 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		
利用者生活マニュアルを作成し、食事や排泄等基本的な支援方法についての手順を定めている。一日の業務の流れについて、現在各部署毎の作業マニュアルを作成している。課題としては、定めた手順通りに支援が行われているか、否かの検証システムが未構築の点である。		

	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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
<p>個別の支援計画に対しては、定期的に見直すことが組織として確立している。標準的な実施方法についても、並行して見直すようにしている。内容に変更・改訂があった場合に限らず、変更がなかった時にも「見直しの実施日」の記述が求められる。</p>			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>独自様式のアセスメントシートにより、適切なアセスメントを行っている。アセスメントの結果に基づき、利用者のニーズを取り入れた個別支援計画を作成している。サービス管理責任者が、個別支援計画通りに福祉サービスが行われていることを定期的に確認している。</p>			
	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			
<p>個別支援計画の見直しは、時期や方法を定め定期的に行っている。見直しによって変更した支援計画の内容は、職員会議を通して職員に周知している。</p>			
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
<p>利用者の身体状況や生活状況等については、統一した様式により記録している。毎日の職員ミーティングにより、記録した内容を確認し情報共有している。職員によって、記録の記述方法に差異が生じている。敬語の使い方、敬体文(です・ます調)か平体文(である調)かの文体統一、文字色(黒、赤、青色)による識別、等々を規定した「記録要覧」作成の検討が望まれる。</p>			
	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			
<p>個人情報の適正管理マニュアルにより、個人情報の取り扱いについて規定し職員に周知しているが、研修や教育が十分できていない。</p>			
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			
<p>利用者や保護者との面談や連絡ノートを通して、意向を確認するようにしている。就労継続支援B型から一般就労への道筋は厳しく、成功事例は少ない。</p>			

### 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	㉗ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者の性格・コミュニケーション能力・留意点等を「利用者プロフィール」として一覧表にまとめ、利用者毎のコミュニケーション手段やサインの共有化を図っている。			
Ⅲ-3-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 48	a ・ ㉘ ・ c
評価機関のコメント			
月1回昼休みを利用して、利用者の自治会を開いている。話し合いの中心は行事に関することが多いが、主体的な活動が出来るよう側面的な支援を行うようにしている。主たる収益事業は「不用自転車の収集・解体」であるが、手間暇のかかる「収集」業務は職員の労力に頼らざるを得ない。その部分は残しつつも、手作りキャンドルのような、利用者が主体的に作業できるプログラムの開発が求められる。			
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 ・ ㉙ ・ c
評価機関のコメント			
利用者の自立に向けた支援を行っており、自力で行う行為への見守り支援が必要となっている。作業中は作業に集中する環境が整っているが、休憩時間に問題となることが多いため、見守り支援が重要になっている。			
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 ・ ㉚ ・ c
評価機関のコメント			
利用者の強味を生かせる内容の作業に取り組んでもらっている。自転車回収作業では、重度の障害を持つ利用者が喜んで作業をしている。キャンドル作りでは、手先の器用な利用者が作業を担当している。地域で開催されるバザーには焼き鳥の店を出店しており、焼き鳥を焼くことが好きな利用者の活躍の場所となっている。エンパワメントの理念に沿い、彼らを受け入れる社会(地域)を巻き込んだプログラムの開発を期待したい。			
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	㉛ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
食事提供マニュアルを作成しており、マニュアルにもとづき統一した支援方法で支援に当たっている。個別支援計画において、必要に応じて食事に関する支援内容を明示し、食事サービスを提供している。			
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 ・ ㉜ ・ c
評価機関のコメント			
定期的に嗜好調査を行っているが、食材調達を業者委託しているため、その結果を献立に充分反映できていない。献立は、予め利用者に提供している。調理員により、美味しく食べられるよう工夫して提供している。			
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 ・ ㉝ ・ c
評価機関のコメント			
食堂の設備・雰囲気については、美味しく喫食できる環境となるよう改善を図っているが、引き続き職員間で検討を重ねて改善を図ることが望まれる。食事時間については、利用者によって開始時間をずらすなどの配慮をしている。			

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			
個別の排泄介助マニュアルにより、利用者に応じた排泄支援を行っている。現在、標準的な排泄介助マニュアルが完成し、職員間での周知を図っている。			
Ⅲ-3-(4)-②	トイレは清潔で快適である。	障 58	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
清掃は毎日行われ、汚れた場合は直ちに対応している。男性トイレの一部に故障があり、匂いや汚れがあるため、改善計画が必要と思われる。また、トイレ用のスリッパについても、改善が必要と思われる。			
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			
個別に適切に対応している。着替えマニュアルという業務手順を作成しており、今後職員への周知を図っていく予定である。			

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	非該当
評価機関のコメント		
非該当		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
年4回の内科健診、年1回の歯科検診を行っている。月1回、看護師による血圧測定等の検診を行っている。健康管理マニュアルを作成しており、日常の変調を健康管理表で記録している。		
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント		
嘱託医及び近隣の医療機関と日常的な連携が取れている。健康面に変調があった際の対応方法を、フローチャートとしてまとめているところである。		
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 ・ ③ ・ c
評価機関のコメント		
利用者の薬は、送迎時に保護者から預かり職員が管理している。誤薬・服用忘れ等があった場合の対応を含めて、マニュアルを作成することが望まれる。		
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 ・ ④ ・ c
評価機関のコメント		
余暇・レクリエーションの実施に当たっては、利用者の意向を確認して企画・実施しており、外部のボランティアを受け入れることもある。利用者が主体的に企画・立案できるように、側面的な援助を行う態勢を整備していくことが望まれる。		

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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント		
外出の機会を増やす工夫は行っているが、利用者の希望に沿った内容となっているかどうかは検証していない。今後は、利用者の意見を取り入れながら、地域の清掃等の社会貢献活動を増やすことを考えている。		
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	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント		
預り金の取り扱いマニュアルを作成しており、マニュアルに従って個別出納帳や日常的な金銭預かり表、目的用途別金銭預かり表に記入し管理している。金銭感覚を磨くことや、お金を適切に使うことの支援についてはプログラム化されていない。		
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		
新聞・雑誌やテレビ等は、休憩中に希望があれば共同利用できる。自宅から雑誌等を持ってくる場合があるが、他の利用者への配慮をしてもらっている。		
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		
飲酒・喫煙者はいない。ジュースについては、自販機が設置してありルールを決め購入して飲用している。飲酒や喫煙をする利用者はいないが、飲酒や喫煙の弊害(アルコール中毒や受動喫煙等)を理解させる取り組みを望みたい。		