

## 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11月18日(金)
---------------	----------------------

### ②施設・事業所情報

名称：田原授産所	種別：生活介護・日中一時支援	
代表者氏名：鎌田博幸	定員（利用人数）：60名（69名）	
所在地：愛知県田原市田原町石取1-9		
TEL：（0531）23-7513		
ホームページ：		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成15年 4月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人成春館		
職員数	常勤職員：28名	
専門職員	(管理者) 1名	(事務員) 1名
	(サービス管理責任者) 1名	(生活支援員) 15名
	(看護師) 1名	(栄養士) 1名
	(医師) 1名	(調理師) 3名
施設・設備の概要	(居室数)	(設備等) 作業室・多目的室
		相談室・洗面所・トイレ

### ③理念・基本方針

★理念	法人 施設・事業所	「あなたにより添います 愛と心と手のひらで」 「のんき こんき げんきで がんばりましょう」
★基本方針	<p>(1)利用者の基本的人権の尊重を運営の柱とし、利用者一人ひとりの自己実現に必要な援助をします。</p> <p>(2)家族との連携を密にして、安らぎと、くつろぎと、うるおいと生き甲斐に満ちた施設を目指します。</p> <p>(3)職員の資質の向上を常に図り、安全と、安心と、安定した気配りと笑顔の溢れる施設を目指します。</p> <p>(4)社会連帯の理念に基づいて、福祉啓発活動を推進し、地域に開かれた愛される施設を目指します。</p> <p>(5)あらゆる機会を通して、環境と機能の向上に努力するいきいきとした施設を目指します。</p>	

#### ④施設・事業所の特徴的な取組

- (1)毎月1回クラブ活動を取り入れて、作業以外の楽しめる活動を行っている。
- (2)地域行事、外出活動を行って、月1回レクリエーション行事を展開している。
- (3)地域行事を行って積極的に地域住民との交流を図り、障害福祉の理解を進めている。
- (4)田原市の自立支援協議会等に積極的に関わり、関係機関の連携を密にしている。
- (5)事業所の持っている専門性を地域に活かしている。(渥美相談会、講義等)

#### ⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成28年 8月 1日(契約日) ~ 平成29年 4月 24日(評価結果確定日)
受審回数 (前回の受審時期)	3回 (平成24年度)

#### ⑥総評

##### ◇特に評価の高い点

##### ◆管理者の地域貢献

管理者は市の自立支援協議会の運営会議会長の職を務め、「渥美相談会」では相談ワーカーとして障害者が抱える各種の悩みや相談に応じている。アンガーマネジメント研修をはじめ、依頼されて各種研修の講師を務める。地域福祉における指導的立場にあり、地域の障害者理解の大きな推進役でもある。

##### ◆定着してきた地域交流・連携

法人イベントである「納涼夏祭り」や「文化祭」には、利用者や家族に混じって地域住民の参加があり、事業所単独開催の「どんどこ祭り」には小学生、幼稚園児が親子連れで参加している。これらのイベントでは、地域の民生委員・児童委員や地元の高校生・専門学校生等がボランティアとして参加し、模擬店や駐車場係として活躍する。自立度の高い利用者は、公共交通機関(電車、バス等)を利用して自力通所している。多少のトラブルはあっても、利用者との係わりを大切に考えており、地域との交流・連携は確実に進んでいる。

##### ◆法人内事業所との連携

保健、給食、行事等、多くの面で法人内の入所施設との連携が図られ、有効に機能している。給食は入所施設の共同厨房で調理され、広い食堂を入所施設と2分割して喫食している。イベント開催も法人内の3事業所が併催で実施することが多い。実習生の受け入れでは、直接的な受け入れ窓口は隣接する入所施設であるが、当該事業所もカリキュラムの一部を担い、作業棟内に宿泊できるスペースを確保していることから、実習生の宿泊場所として提供している。

##### ◇改善を求められる点

##### ◆さらに安定的な職員雇用を

法人が人事考課の制度を持たず、キャリア・パス制度の構築も遅れていることから、職員にとっても自らの将来像を描きづらい環境である。育成面談や職員個々の目標管理の仕組みがないことも、職員のモチベーションの維持の観点からは課題と言える。現時点では安定的な職員雇用が実現できているが、人事考課やキャリア・パスの制度を確立することによって、さらなる職員の安定的な雇用へと導かれたい。

#### ◆手順書の整備

障害の重い利用者も多く、リスク管理や支援の有効性を考慮すると標準的な支援方法の確立(手順書の作成)が急務と言える。手順書については、作業支援と生活支援との両面で整備の必要性がある。利用者の個性(障害特性)にマッチさせるために、多種多様な作業メニューが用意されているが、それぞれに作業手順の文書化を望みたい。また、生活支援の部分では、生活の基本となる「健康管理マニュアル」をはじめ、必要と思われる手順のいくつかが未作成である。

#### ⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

客観的に正しく評価されている。管理者および主任、現場の支援員も実践には意欲を持って取り組んでいるが、手順書作成が進まず、この点が一番の改善点であり、的確に指摘されている。虐待防止マニュアル整備を近年の目標とし作成と実践につなげることができたため、同様に作業支援、生活支援の手順書作成に取り組んでいきたい。

#### 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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
法人理念である「あなたにより添います 愛と 心と 手のひらで」とは別に、「のんき こんき げんきで がんばりましょう」とのユニークな事業所理念を定めている。さらに、5項目の事業所基本方針に展開し、具体的に支援の方向性を示している。ホームページやパンフレットへの記載はあるが、利用者や家族への説明資料等は作成されていない。			

### 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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
管理者が外部のいくつかの関係団体の要職に在り、事業所運営に有効な情報をいち早く入手することが可能である。特に、市の自立支援協議会では運営会議の会長を務め、市と連携して市の福祉施策を担う立場でもある。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
現状の課題を、「利用者の個性(障害特性)の多様化に対する対応方法と職員の支援力の向上」としている。具体的な取り組みとして、作業メニューを増やして利用者とのマッチングを図ったり、頻回にケース検討会議を開いて個々の課題を迅速に検討することとしている。			

### 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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
平成26年作成の「目標・支援方針について」において、3年後を見据えた短期目標と、6～10年後を見据えた長期目標を明文化している。短期目標、長期目標それぞれに、達成のための課題や問題点を抽出し、事業所として担える役割を明確にしている。しかし、これらの計画には、その裏付けとなる収支計画を伴っていない。			

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・長期計画ともいえる「目標・支援方針について」の方向性を踏まえ、単年度の事業計画が策定されている。4点の重点目標を掲げ、可能なものについては数値目標も設定してある。これらの重点目標を達成に導くために、それぞれの目標に細分化した具体的な施策・方策を示し、責任者やスケジュールを明確にした実行計画を作成して計画的に取り組むことが求められる。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
毎月の「支援会議」において、事業計画の説明や進捗管理が行われているが、重点目標についての具体的な実行計画や工程表がないことから、計画的な評価・見直しは実施されていない。			
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			
家族に対しては、4月開催の育成会(家族会)の総会の場で事業計画を説明しているが、利用者に対しての十分な説明機会はない。			

#### 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			
定期的に第三者評価を受審し、提供しているサービスの質についての客観的な評価を得ようとしている。利用者、職員ともに現状での不満要素は少なく、高いレベルでのサービスが提供されていると思われるが、それを裏付けるためにも定期的な利用者の満足度調査の実施を望みたい。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
利用者の個性(障害特性)に配慮した作業メニューの開発に追われ、その場での対応が可能なものは改善されるが、改善計画を作成して取り組むには至っていない。			

## 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		
ホームページのトップページで管理者としての所信を表明し、法人の「管理規程」を始め各種の規程等によって、管理者の責任と権限が明確になっている。「田原授産所 組織体系図」や、事業計画書の中の「組織機構図および職員構成」でも管理者(施設長)の立場を明確に示している。		
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		
愛知県知的障害者福祉協会の権利擁護委員会・委員長を務めていたこともあり、コンプライアンスに関する意識は高い。外部の各所でアンガーマネジメントの研修講師を務め、職員に対しては毎月「自己点検チェック表」を使ってセルフチェックを行い、「心理的虐待マニュアル」を作成して読み合わせを実施する等、職員への周知・理解に向けても積極的に取り組んでいる。		
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		
管理者自らがアンガーマネジメントの研修講師を務める傍ら、事業所内においてはアンガーマネジメントのファシリテーター養成に力を入れている。これによって、副次的に利用者の権利擁護に対する職員意識が醸成されており、サービスの質の向上につながっている。		
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		
管理者自らが営業マンとなって新たな仕事の受注に向けて奔走している。市との強い関係性(自立支援協議会・運営会議会長)を活かし、共同で商品開発にも取り組んで効果をあげている。生産活動の収益力が向上し、「基本工賃等級表」の改訂を含め、2度のベースアップを果たしている。		

### 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) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
簡単ではあるが、中・長期計画ともいえる「目標・支援方針について」の中で、将来的な職員育成の方向性を示しており、単年度の事業計画の「職員研修」につなげている。慢性的な人員不足が課題となっている福祉業界ではあるが、当該事業所に関しては安定した職員雇用が実現している。		
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		
法人が人事考課の制度を持たず、キャリア・パス制度の構築も遅れていることから、職員にとっても自らの将来像を描きづらい環境である。現時点では安定的な職員雇用が実現できているが、人事考課やキャリア・パスの制度を確立することによって、さらなる職員の安定的な雇用へと導かれたい。		

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			
職員の定着がよく、働きやすい職場が実現できている。産休・育休、介護休暇等の制度も導入されているが、業務が繁忙を極め、職位、職種によっては有給休暇を取りづらい状態が続いている。			
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			
法人として、職員の専門資格の取得を後押ししている。事業計画の中に研修による職員育成の方向性を示しているが、人事考課制度が未構築のため、育成面談や職員個々の目標管理のシステムがない。			
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
事業計画の中に研修計画を示し、計画に沿った研修参加があるが、履修後の評価・見直しのプロセスが機能していない。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
事業計画の中に研修計画を示し、外部研修に関しては職員の自主性(参加申し出)を尊重して参加者を決定し、内部研修に関しては職員全員参加を原則としている。若手職員を中心に、自己啓発による学習も盛んに行われている。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
実習生の主体的な受け入れはなく、隣接の入所施設で受け入れた実習生に対して実習の場を提供している。作業棟内に宿泊できるスペースを確保していることから、実習生の宿泊場所として提供している。			

### 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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
定期的に第三者評価を受審し、結果を公表することによって事業運営の透明化を図っている。さらに透明化を推し進めるために、苦情の受付や対応(内容、進捗状況、解決に至った経緯や結果等)に関しても公表することが望ましい。			

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
法人監事による監事監査と行政による監査の実施に留まっており、社会福祉法が求める公認会計士や税理士等、外部専門家による外部監査の実施はない。			

## 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			
法人イベントである「納涼夏祭り」や「文化祭」には、利用者、家族に混じって地域住民の参加があり、事業所単独開催の「どんどこ祭り」には小学生、幼稚園児が親子連れで参加している。地域の民生委員・児童委員や地元の高校生がボランティアとして参加し、模擬店や駐車場係として活躍する。自立度の高い利用者には公共交通機関(電車、バス等)の利用を促し、自力通所いただいている。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
ボランティアの有効活用が図られており、中学生の体験学習、イベント時の高校生や専門学校生の応援、保護者による作業の補助や販売の応援等、延べ日数は200人日を超える。ボランティア受け入れ時の研修の実施に課題を残している。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
市が作成した「社会資源マップ」があり、自主製品や委託販売品に関係する取引先もリスト化されている。市(地域福祉課、自立支援協議会)、社会福祉協議会、福祉専門学校、特別支援学校、医療機関等との連携も強固であり、地域の共通の課題や問題点についても指導的な立場で臨んでいる。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
管理者が自立支援協議会の運営会議会長として地域福祉に深く係わり、研修講師としても活躍し、地域の障害者理解の推進役となっている。事業所は小高い山腹に立地しているが、地域の主要部分は津波被害の想定される区域であり、福祉避難所登録やBCP(事業継続計画)の策定を急ぎたい。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
自立支援協議会や市の総合相談支援センター、法人の相談支援事業所等から情報を入手し、地域の福祉ニーズの把握に努めている。将来的には定員増や生活困窮障害者の利用促進を描いているが、現状では多様化する福祉ニーズへの対応が難しく、日中一時事業の充実を図るに留まっている。			

## 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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者本位のサービスの提供は、基本方針の中に明記されている。職員は毎月行う自己チェック、「倫理要綱」「職員行動規範」の読み合わせ等により周知している。また、隔月での人権擁護委員会で関連事項の検討も行われている。今年度より、「心理的虐待防止マニュアル」を作成し、見えにくい虐待にも目を向けていることは高く評価したい。			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
プライバシー保護に特化したマニュアルは無いが、「職員行動規範」の中にプライバシー保護は明記されている。不適切事案発生時の対応方法の手順書の策定を検討されたい。			
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	a ・ ③ ・ c
評価機関のコメント			
ホームページやパンフレットでの情報提供はあるが、利用希望者専用の特別な資料は無く、課題を残す。			
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 ・ ④ ・ c
評価機関のコメント			
体験利用時等に分かりやすく説明しているが、更なる工夫が望まれる。利用開始にあたっては、相談支援事業所も関わり、利用者本人のニーズに即したものが否かを検討の上での利用決定となる。			
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 ・ ⑤ ・ c
評価機関のコメント			
事業所変更や家庭への移行がある場合には、サービス管理責任者が相談支援事業所を含めたケア会議を持ち、その後の対応を含めて検討している。移行計画や引継書は定めておらず、個々のケースで丁寧に対応している。			
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			
毎月の自治会や役員会、年2回のモニタリングの場や家族会での意向調査、また月一回の相談会(希望者)で意見や要望を聞いている。利用者の満足度調査は実施されておらず、今後実施を検討されたい。			

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
苦情解決のシステムはできているが、記入カードや公表の仕組みは無く、課題を残す。		
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		
相談室を使用し、外部を遮断した話ができる環境はできている。しかし、相談や意見が出た場合の具体的な対応の手順や方法が定められておらず、改善の余地を残している。		
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		
日々の支援の場で担当職員を中心に利用者の意向を聴取しているが、迅速に対処するためにも、対応マニュアルや意見箱、アンケート実施等、より積極的な対応が望まれる。		
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を基に終礼時に職員で内容を確認し、事故回避に活かしている。事故発生時の対応手順、リスクマネージャーの配置が検討中であるが、安全対策に関する研修についても検討されたい。		
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		
隣接する同法人の入所施設のマニュアルを参考に管理されている。定期的な勉強会の開催や、独自の対応マニュアルの作成を検討されたい。		
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		
連絡網や警報発令時のマニュアルは整備されている。災害発生に備え、普段より法人内施設はもとより、消防、警察、地域との連携を保つことが課題となる。		

### 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		
標準的なサービスの実施方法については、明確に文書化されたものが存在せず、申し合わせや経験で対応されている。支援方法のばらつきや事故防止のためにも、必要な部分はマニュアルとして作成して周知されたい。		

	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			
支援会議等の場で、サービス方法が検討されている。これには自治会での利用者の声や家族の意見も反映されている。マニュアルも含め、個々のサービス内容(特に作業支援)について、分かりやすく文書化されることを望む。			
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			
アセスメントに基づいて個別支援計画書が策定されているが、サービス管理責任者や支援員で実施され、栄養士、看護師等、すべての職種の参画したものとなっていない。職種を縦断しての職員の参加が必要な利用者に対しては、検討の余地がある。			
	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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
相談支援事業所が作成した「サービス等利用計画」との整合性もあり、定期的な見直しも行われている。			
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、職員間で共有化している。	障 44	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
実施状況の記録様式は統一されて共有化されているが、記載方法に関しては職員の裁量に任せられ、内容の質・量ともに差異が生じている現状である。パソコンは使わず、アナログ形式の記録であるので判読しにくい欠点もある。			
	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			
「個人情報保護要綱」や「個人情報使用同意書」等、個人情報の保護の規定が定められ、適正な管理が心がけられている。記録の重要性や管理、保護といった職員サイドの教育・研修が必要と思われる。			
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			
通所事業所であるため地域移行の事例は少なく、必要に応じて柔軟な対応をすることとしている。自宅からグループホーム(共同生活援助事業)への移行が想定されるが、地域移行計画は存在せず、積極的な取り組みは行われていない。			

### 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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
コミュニケーション支援に特化したサービス計画は無く、個々の状況に合わせ対応している。発語の難しい利用者は、トーキングエイドを使用したコミュニケーションを行っており、意思の疎通が十分に図られている。			
Ⅲ-3-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 48	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
毎月行われる自治会と利用者役員会をサポートし、利用者の主体的活動を支えている。自らの考えや意思を表出できる利用者も多い。			
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
利用者それぞれの自立度の差が大きく、見守りと介助の支援の仕方、介入の仕方は難しく、明確な判断基準はない。利用者の意向も確認しつつ必要に応じて会議で検討している。			
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
体育館や図書館といった地域の社会資源を利用したクラブ活動が実施されているが、あくまで趣味的・余暇的な色彩が強い。生活支援のプログラムは無く、エンパワメントの理念が求める視点を欠いている。			
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
体調や身体状況に応じた個別メニューには対応している。食事提供に関する個別支援の対象者が少ないことから、食事の支援方法に関するマニュアルは無く、個別支援計画にも反映されていない。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
給食委員会が開催されており、嗜好調査の結果を食事メニューに反映させている。食堂の席は自由で、余裕のある食事時間の中で、利用者は思い思いに摂食している。食事は温かく、献立もあらかじめ提供されている。			
Ⅲ-3-(2)-③	喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	障 53	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
食堂の環境については給食委員会で検討し、必要な改善を図っている。現在、昼食の時間帯について、更にゆとりのある時間帯を検討中である。			

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	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 ・ b ・ c
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	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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
全介助者9名のうち1名を除き、適切な支援をするための介助マニュアルやチェックリストはない。基本的なものに加え、個別の支援方法の手順書等の作成の必要性がある。			
	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			
職員、利用者のローテーションにより、トイレの清掃は毎日実施されている。障害者用トイレや洗浄便器もあり不備はないが、非衛生的な現状もあることから、検討を要す。			
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	a ・ b ・ c
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
更衣に関する業務手順(汚れや破損の程度に関する着替えの判断基準等)はないが、利用者の意向や個々の状況に応じて対応している。			

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	a ・ b ・ c
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	a ・ b ・ c
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	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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
利用者個々のケース記録ファイルに、健康に関する資料が収められている。看護師の指導の下、投薬管理等が行われている。包括的な健康管理マニュアルの作成や健康維持プログラムの導入等、検討の余地を残している。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
突発的な怪我や負傷、健康面の変調の際は、マニュアルに頼らずに、原則看護師の判断で対応している。緊急時や家庭状況(家族による通院付添いが困難な場合等)による通院支援も行っている。救急搬送時等に活用できる個別の健康管理表の作成が望まれる。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
事業所で服薬を必要とする利用者は多くはないが、看護師の管理の下で適切に支援している。薬の管理マニュアルや誤薬の際の対応手順、投薬の確認記録等、適切な管理のために欠けている点の早急な検討が望まれる。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
旅行やクラブ活動等に関しては、利用者の期待や要望に応えるために様々な情報提供を行っている。自治会や利用者アンケート等で利用者の意見を収集し、それを反映させた計画を立てて支援している。			

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		
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		
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 ・ b ・ c
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	a ・ b ・ c
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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント		
<p>飲酒の機会はなく、喫煙者(1名)に関しては所定の喫煙場所にて、休憩時間に限り喫煙を認めている。この場合においては、喫煙する利用者に必ず職員が帯同している。酒やたばこ等の嗜好品に関する健康指導は特に実施していない。</p>		