

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24日(木)
---------------	----------------------

②施設・事業所情報

名称： 障がい者就労継続センター あいさんハウス		種別：就労継続支援B型	
代表者氏名： 今井 宏		定員（利用人数）：20名（35名）	
所在地： 愛知県津島市又吉町2丁目39番地1			
TEL： 0567-24-1154			
ホームページ：			
【施設・事業所の概要】			
開設年月日 平成22年 12月 1日			
経営法人・設置主体（法人名等）： 社会福祉法人 愛燦会			
職員数		常勤職員：17名	
専門職員	(管理者) 1名		(目標工賃達成指導員) 1名
	(サービス管理責任者) 1名		(生活支援員) 3名
	(職業指導員) 10名		(事務員) 1名
施設・設備の概要	(居室数)		(設備等) 作業室・訓練室・
			多目的室・相談室・事務室・食堂
			トイレ

③理念・基本方針

★理念	「あなたが楽しいと 私は嬉しい」
★基本方針	全ての人が笑顔こぼれるアミューズメントになる みんなが光り輝くエンターテイメントに！ ①私たちは全ての人の長所を徹底的に応援します ②私たちは家族の様に結束して地域福祉に貢献します

④施設・事業所の特徴的な取組

テーマ「唯一無二」

受託を辞め、オリジナルの社会的企業（ソーシャルファーム）を目指している

①農生産・加工

水耕野菜をはじめとした路地でも希少価値の高い野菜作りを目指す。

収穫物は、ハウスでのカフェ材料・店頭販売や定期的にマルシェへも参加。

②染色・刺し子のマット作り、麻紐を使った草履を作成、販売をスタートした。

<アピールポイント>

1人ひとりの利用者の得意とする事を役割とし、完全に担当制にして日々の業務を行っている為、ほぼ全員が休まず毎日通所している

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成28年7月21日（契約日）～ 平成29年 5月10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

◆工賃向上への取り組み

利用者の能力を最大限発揮でき、少しでも高い工賃を得られる作業内容を検討し、実践する努力を事業所一丸となって進めている。

◆人事考課制度による適正な職員処遇

目標管理による業務考課や、昇格や給与配分まで行う総合的な人事考課制度の導入により、能力や意欲、成果が的確に反映され、職員の人材育成と人事管理を支えている。

◆利用者の参画

毎月の行事やイベントの企画等を利用者中心に実施し、事業所（職員）は側面支援に徹する。このことで、利用者の主体性と利用者間の関係良化につなげている。

◇改善を求められる点

◆中長期計画の具体性

中期3ヶ年計画が策定されるが、予算的な裏付けの具体性に欠けるため、より実効性のある形を検討されることが事業運営にとって重要となる。さらに、事業計画においては、重点的な取り組み（重点目標等）に関しては、達成度が判定可能となるよう、可能なものについては数値目標を設定することが望ましい。

◆PDCAサイクルを意識したサービス提供

様々なサービス提供の場面で、PDCAサイクルを意識した取り組みに期待したい。計画されて(P)実施された(D)サービスについて、評価、課題の抽出(C)、改善への手立ての実行(A)、といったようにPDCAサイクルに沿ったサービスの提供が、結果としてのサービスの質の向上につながる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

初めて第三者評価を受けました。
自分達だけで運営していると目の前の事に精一杯になり、課題は分析しても、ついつい後回しになっていたのが現状でした。
今回、PDCAのサイクルの重要性を再認識でき、早速「見える化」をスタートさせています。
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
基本方針、理念は家族会場で家族に説明がなされるが、周知・理解という点で課題を残している。職員には事業計画が配布され、また新入職員には新入研修時に説明がなされる。「行動規範」については、利用者本位に則った優れた内容となっている。			

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
稼働率やコスト分析等、現状把握と分析に努めている。作業に関する事項については常にアンテナを張っているが、地域福祉計画の内容や動向には関与が薄い。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
経営課題等については、管理職や役員の間では共有がなされているが、サービス内容を除き、職員に周知されているとは言えない点が課題である。			

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
毎年3ヶ年計画を策定し、それに沿った運営がなされており、毎年見直しもされている。ただ、計画の内容について予算的な裏付けがなされておらず、具体性、実現性という点で検討の余地がある。			

	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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
3ヶ年計画が反映された内容であるが、数値目標等の具体性を欠いている。目標への達成度を判定可能とするためにも、数値目標の設定が求められる。また、職員周知にも課題が残る。			
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			
職員意見を計画に取り入れているが、明確な作成の手順が定められていない。評価・見直しに関しても、組織的になされているとは言い難い状態である。			
	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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
事業計画の内容等については、毎月行われる家族会にて説明、周知されている。利用者へも、可能な限り詳細な内容説明を行っている。			

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	・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント				
サービス内容について、決まった手順はなく、臨機応変に行われている。質の向上に努めようとの職員意識はあるが、職員が個々に動いており、組織的にサービスの質を上げる取り組みとしては弱い。				
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	・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント				
会議等で職員間での課題共有がなされるが、改善課題について組織的、計画的に取り組むには至っていない。まずは、サービス内容を正確かつ客観的に評価することが前提となる。				

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
事業運営の方針については事業計画その他で示されているが、管理者の役割や責任について文書化されておらず、明確ではない。			
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			
管理者自らが事業運営に関連するセミナーに参加し、職員会の場で報告する等、職員への周知に努めている。コンプライアンスの点では、管理者同様に職員の理解が図られているとは言えず、さらに具体的な取り組みが必要である。			
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	㉓ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
サービス内容や質の向上については、管理者が先頭に立って組織や職員を牽引している。常に新たなサービスや利用者にとって有効なサービスを探求する取り組みを進めており、組織内の連携も図られていることから、管理者の強い指導力が認められる。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
業務改善委員会に職員を派遣して取り組んでいるが、人事労務については実効性に乏しい。職員の育成や安定的な雇用の実現は一朝一夕に成し得られるものではないが、法人との連携をさらに強め、経営の安定と改善に取り組まれない。			

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
法人の就職説明会やホームページの人事用サイトにて求人对策がなされており、当事業所での必要な人材は確保されている。将来に亘って安定した経営基盤を築くためにも、人員体制に関する中・長期計画の策定が望まれる。			
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障 15	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
人事考課制度が運用されており、管理者面談も行われている。昇格や人事異動についても適正管理がなされているが、法人として期待する職員像が明確になっていない。モチベーションの源となる職員の将来像を示しておくことが、職員の定着や意欲向上に繋がってくる。			

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
事務局管理で内部統制室(職員相談)があり、ストレスチェックも行われている。有休取得の実績は毎月事務局に報告され、データ化されている。法人互助会による福利厚生もある。事業所単位でも、さらなる職員厚生を目指したい。			
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			
人事考課の一環として、職員個々の目標管理が行われ機能している。中間面談の実施が不明確であり、非常勤職員への人事考課の制度が導入されていない等、課題を残している。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
法人として期待する「職員行動規範」が示され、年間研修計画に従って研修が実施されている。研修の評価・見直しや内容の吟味等が組織的になされず、課題を残している。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
職員個々の研修計画は策定されず、全ての職員に対して十分な研修機会が確保されてはいない。人材育成の基礎となるOJTに関しては、担当者を決めて実施されており、研修の仕組みとして機能している。職種別や階級別研修等、職員個々のレベルに応じた研修内容の充実が望まれる。			
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			
実習生を受け入れるためのマニュアルは作成されている。しかし、社会福祉士実習の指導者の資格者が存在せず、プログラムも曖昧である。実習指導者の養成(資格取得)を含め、福祉教育への積極的な対応が望まれる。			

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			
ホームページに財務状況等を掲載しているが、事業所広報誌の作成等、作業活動以外についても地域への役割のアピールを進められたい。			

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
財務・会計面についての不正防止対策については「コンプライアンス規程」があるが、内部監査の実施や専門家による外部監査の導入等、より透明性を意識した事業所運営を期待したい。それらが、結果としてサービスの質の向上に結びつく点を考慮されたい。			

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	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
年1回の祭りを盛大に举行し、地域との交流を図っている。また、市の行事に出店する等、作業面を通じて地域との接点を多く持っている。事業所の持つ機能の地域還元や地域の障害者理解を深める活動の推進等、更なる地域交流、地域発信を期待したい。			
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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
ボランティアの受け入れマニュアルはあるものの、一部の作業ボラボランティアを除き積極的に受け入れている状況ではない。事業の透明性確保の意味でも、ボランティア受け入れのための積極策を図られたい。			
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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
相談支援や工賃セミナー等を通し関係機関とのつながりを持っている。地域のネットワークに積極的に加わり、情報のキャッチボールをすることで、地域の社会資源との連携を深められたい。			
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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
事業所の祭りによる地域交流があり、またマルシェでの販売を通じて地域住民への係わりを図っている。事業所主催の研修会や相談会等、地域福祉への貢献事業を一つでも多く考えたい。			
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 ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
地域の清掃活動、生産野菜の販売等、独自の地域活動がなされており、また更なる拡充も検討されている。しかし、地域の福祉ニーズの把握は、組織的になされているとは言い難い。相談支援事業所との連携による在宅障害者への支援や、さらに事業所のノウハウを活かした地域貢献も検討されたい。			

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
毎月の定例会議において利用者の状況を把握し、支援方法と作業内容・販売方法の会議に分けて行っている。また、管理者が、法人内障害福祉サービス事業所全体に対して、利用者を尊重した福祉サービスの提供に関する講話を行っているが、非常勤職員まで含めた周知徹底が望まれる。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
身体拘束・事故防止委員会の会議が毎月行われており、今年度は虐待防止・権利擁護に力を入れ、外部の講師を招いて厨房・事務方職員も含めた研修会を2回行っている。プライバシー保護についての規定・マニュアルは大枠なものはあるが、事業所ごとの具体的な整備が必要である。			
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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
ホームページやパンフレットには必要な情報を明示しており、ブログにおいても適宜更新している。しかし、当該事業所についての情報が乏しく、同法人の他事業所と同等程度の情報提供が望まれる。特別支援学校からの実習生受け入れは積極的に行われている。			
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	㉓ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用契約書等にルビをうち、可能な限りの配慮をしている。また、利用者への説明はサービス管理責任者が行うことで、同一内容・手順で説明しており、その内容を書面で残している。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
事業所の変更や他事業所への移行において、細かな連絡・調整は口頭で行っている。支援の継続性を担保するにあたり、適切な引き継ぎ文書の作成と手順の文書化が望まれる。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
毎月、家族連絡会を開催し、意見・要望等を収集しながら報告を行っており、欠席保護者には連絡会議事録を渡している。利用者本人からの意見や要望は、その都度口頭で聞き取りを行っているが、書面としては残していない。今後は記録を残し、結果が分かるよう取り組んでいく必要がある。			

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
苦情解決の仕組みは整備されており、苦情・意見・要望等があれば事務局を通し第三者委員に報告している。しかしながら、苦情等の解決を図った結果を公表・周知する面において曖昧なところがあり、ホームページを有効に活用する等の検討が望まれる。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
利用者ごとに担当職員を決め、相談しやすい環境を整えている。利用者が主体的に施設行事や余暇活動・作業内容等の相談・意見を述べ、決定もしているが、書面による受付記録等が整っておらず、体制整備が必要である。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
日中活動時における相談・意見等はその都度対応して対策を検討している。しかし、一連の手順が文書化されておらず、フローチャートによる図式化等により、職員に周知していくことが望まれる。			
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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
法人内設置の委員会にて、ヒヤリハット報告を積極的に収集し、年2回、上位3名には独自に表彰を行っており、リスクマネジメントの意識は高い。しかし、ヒヤリハットの事実のみで終わってしまい、発生要因の分析や未然防止策の実施にまでは至っていない。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
感染予防・衛生委員会が毎月行われており、マニュアルも整備されている。支援員では判断できない症状の場合は、あいさんハウス(生活介護、施設入所支援)の看護師の指示を仰いでいる。予防接種等は本人(家族)の主体性に任せており、実施を確認している。			
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やっている。	障 39	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
本体施設のあいさんハウス(入所)には災害時対応体制があり、防災マニュアル・備蓄等は整っている。就労継続B型事業(あいさんハウス:通所型)についても、独自の対応体制を構築することを望みたい。			

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			
提供するサービス全般をカバーするマニュアルは整備途中であるが、個別支援計画の中に利用者各々の個別性に配慮した支援が明記されており、実施方法が文書化されている。しかし、非常勤職員を含めた全職員への周知徹底に関しては課題を残している。			

	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			
支援計画の見直しは定期的に行っているが、その記録や見直しの根拠が分かりにくい。見直しの手順等を定めたマニュアルを作成することが望ましい。また、非常勤職員には口頭で伝えることが多いが、口頭プラス文書にて伝達し、共有化を図ることが望まれる。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
法人のアセスメントシートによりアセスメントを実施しているが、より就労に特化したアセスメントシートを作成中である。これに基づき、就労系独自の個別支援計画の様式を作成し、支援計画における利用者本人の役割を明記し、最終的に本人の同意も得ている。			
	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	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
6ヶ月に一度、モニタリングを実施しているが、利用者の状態や意向の変化時にも随時、見直し・検討していく姿勢を持ってもらいたい。見直しにおける検討会議を正規職員のみで行っているが、全職員を対象に周知して共有化を図られたい。			
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			
利用者の身体状況・日中活動状況はもとより、個別支援計画に沿ったケース記録の記述に力を入れており、支援計画見直し時の根拠となっている。しかし、職員の経験年数・スキル等により記述内容や言い回しに差異があるため、最低限のルールを盛り込んだ「記録作成要領」等を作成し、記録の内容や記述方法を統一化していくことが望まれる。			
	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			
「個人情報保護規程」に則り 記録物は管理されてはいるが、記録物のある場所への利用者等の出入りが自由であり確立しているとは言い難い。今後は職員への周知・教育を行い、意識を高められたい。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
あいさんハウス(施設入所支援)からグループホームに移行し、日中活動は就労継続B型を利用している利用者を中心に、市内4カ所29名の利用者がグループホーム利用をしている。これらのグループホーム利用者に対するバックアップ体制も整備されている。夜間は職員が常駐していないが、緊急等にはあいさんハウス(施設入所支援)に連絡が入り、速やかな対応を行っている。			

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	① a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
就労継続B型事業であり、ある程度のコミュニケーションはほぼ全員がとれる状態ではある。弱視や言葉が少なめの利用者には、その都度意思を確認したり、支援計画の中に配慮事項を盛り込んでいる。			
Ⅲ-3-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 48	① a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
事業所での行事(外食・旅行等)・イベントの企画立案を利用者が主体的に行っており、作業においても4つのグループに分かれ、利用者同士が助け合い、協力し合って作業していくことで、仲間意識が芽生えて利用者同士の良好な関係性を保っている。			
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 ・ ① b ・ c
評価機関のコメント			
介護・見守り等が必要な利用者においては、支援会議で確認しており 個別支援計画に記載している。昼休みや休憩時に見守り体制が手薄になるケースがあり、今後の検討課題である。			
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 ・ ① b ・ c
評価機関のコメント			
作業種目すべてにおいて商品の見通しを伝え、やりがいを持たせている。また、定期的にマルシェ(販売)への同行や納品の機会・体験を重ねることで、利用者のエンパワメント能力向上に努めている。今後は、職員各々が利用者のエンパワメントを意識した支援を心がけ、利用者を受け入れる側の地域の意識を変えて行く取り組みにも目を向けていくことを望みたい。			
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	a ・ ① b ・ c
評価機関のコメント			
あいさんハウス本体(施設入所支援)において実施したアンケートに基づき、月1回、保護者も一緒に食事会を実施している。就労継続B型事業の利用者全員が普通食を摂り、特に配慮の必要は今のところないが、今後は利用者の年齢・健康・体調等による個性に配慮した食事提供が必要になることも想定されるので、支援方法を文書化し、マニュアルとして整備していくことを望みたい。			
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	a ・ ① b ・ c
評価機関のコメント			
昼食は、利用者アンケートを踏まえたメニューをあいさんハウス本体厨房で作って配送している。料理やご飯も適温で提供されるが、利用者各々がレンジで温め直すこともできる。就労系利用者のエンパワメントを考慮し、調味料(ソース、醤油、ドレッシング等)は利用者自身が選んで使用できるような配慮を望みたい。			
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 ・ ① b ・ c
評価機関のコメント			
事業所の構造上、食堂はなく作業テーブルが食事テーブルになっている。「職・食分離」が実現できていない点に、利用者が不満を感じていないか、否かを、定期的にモニタリングすることを望みたい。施設外(水耕栽培等)で働く利用者を待って、全員の「いただきます」で食事を開始し、仲間意識を高めている。昼食を含む昼休みは1時間あり、食後は利用者各々がゲームや談笑で過ごしている。			

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	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			
現在、排泄介助の利用者はいないが、トイレが1ヶ所しかなく、利用者が不便を感じる事が想定される。来年度以降、定員増を計画していく中で、トイレの増設を盛り込むことを望みたい。			
	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			
トイレはシャワートイレが1ヶ所あるのみで、職員と利用者が当番制で毎日清掃しており、臭いもなくきれいである。利用者が清掃を行った場合に、利用者の就労意欲を満たすために「トイレ清掃チェック表」等を活用することも一考である。			
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
通所の事業所のため衣服の選択の機会はほとんどないが、作業の特性上 夏場は着替えを2着持参するよう促している。また、家庭に問題があり、衣服を替えてこない(着替えのない)利用者には、個別に衣服の購入に同行して支援している。			
	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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
特に農作業利用者については着替えを持参してくるが、必要とあれば事業所と農作業場の洗濯機を利用することもある。			

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 ㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
通所施設なので、基本的には理・美容については家庭に任せている。女性利用者の中には、会話の中から本人の想いを聞き出してアドバイスすることもある。		
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 ㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
家庭の諸事情により、社会通念上あまりにも見苦しい場合には、利用者本人の同意を得てあいさんハウス(入所施設)の移動理美容を実費(2200円)にてカット等してもらっている。		
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 ・ ㉠ ・ c
評価機関のコメント		
作業前のラジオ体操や昼休みのウォーキング等、日常的な運動に心掛けている。歯科に関しては、毎月の口腔ケアを実施している。包括的な「健康管理マニュアル」は無く、組織的な対応が望まれる。		
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 ・ ㉠ ・ c
評価機関のコメント		
本体事業所(施設入所支援)兼任の看護師に連絡し、近郊にある産業医が対応するケースが多い。体調急変や事故の際のマニュアル、また救急搬送時や緊急通院時に対応する健康管理票を検討されたい。		
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 ・ ㉠ ・ c
評価機関のコメント		
服薬チェックは行いが、マニュアルなどは用意されていない。対象者も多く、リスク管理の面からも適切な手順を定めて支援されたい。		
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 ㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
利用者の要望を聞き、ウォーキング、外食、調理、小旅行等を毎月実施している。地域の資源を利用しながら、職員は情報提供などの側面支援を行なっている。		

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
たばこについては、対象利用者との申し合わせで、喫煙時間、場所、本数を定め喫煙している。飲酒については、非該当。 健康被害についての理解促進(たばこの副流煙による受動喫煙、アルコール中毒や依存症等)まではしていない。			