

愛知県福祉サービス第三者評価事業 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

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（70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： http://www.seisyunkan.jp/taharajusanjo.php		
【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：19名	非常勤職員：11名
専門職員	管理者(社会福祉士) 1名	事務員 1名
	サービス管理責任者(社会福祉主事) 1名	生活支援員16名(社会福祉士1名・介護福祉士7人・HP2級4人)
	看護師 1名 兼務	栄養士 1名 兼務
	医師 1名 兼務	調理師 1名 兼務 8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 「あなたにより添います 愛と 心と 手のひらで」
- ・施設・事業所 「のんき こんき げんきで がんばりましょう」

★基本方針

- (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。
- (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。
- (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。
- (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。
- (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。

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。
- (3) 田原市の自立支援協議会等に積極的にに関わり、関係機関の連携を密にしている。
- (4) 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) 実践につながる内部研修会を実施している。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和元年 5月 8日(契約日) ~ 令和元年 11月 22日(評価決定日) 【令和元年 8月23日(訪問調査日)】
受審回数 (前回の受審時期)	4回 (平成28年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆さらに進んだ“働きやすい職場づくり”

安定的な職員雇用が続いており、政府が主導する「働き方改革」に呼応して“働きやすい職場づくり”がさらに充実度を増している。職員応援体制の仕組みが機能しており、職員は比較的自由に有給休暇を取ることができるようになった。時間外に行われる会議には時間外手当を支給することとし、順法状態となっている。職員の有給休暇取得が増え、時間外労働時間は着実に減少傾向にある。

◆専門性の地域還元

昨今、福祉関係の施設職員による利用者への不適切行為や虐待事件が後を絶たない。それらの不適切事案の根絶を目的として、各法人、事業所が取り組んでいるのが「アンガーマネジメント研修」である。当事業所の管理者は、県内でも有数のアンガーマネジメントの専門家である。地域(企業、事業所等)からの要請に応じて、自ら研修講師として演壇に立っている。さらにその輪を広めるべく、事業所職員をファシリテーターとして育成している。

◆利用者の人権の擁護

人権擁護委員会が中心となって日頃の支援の振返りを行い、見直しを行っている。職員の質の向上という観点から、内部・外部を問わず研修会の開催・参加を積極的に行ない、現状に満足せずにより良い支援を求めて活動している。利用者への差別・虐待防止についても、事業所一丸の啓発活動を行っている。

◇改善を求められる点

◆中・長期計画の見直し

平成26年に市に提出した「法人の理念と事業所の基本方針」が、中・長期の事業所運営の柱となっている。内容は、「3年後を目指して」、「10年後を目指して」との項目を設定し、理念に基づいた実践を通して到達すべき理想の姿を掲げている。しかし、策定されて以降見直しが実施されておらず、社会の変遷に対応できていない部分もある。単年度の事業計画策定の拠りどころとなるべく、適切な見直しの実施が求められる。

◆記録様式の統一

相談会が頻繁に開催され、事業所と利用者・保護者との関係は良好と思われるが、相談会の相談記録様式が定められていない。様式の統一は、支援の標準化にもつながる。今後は、相談会はもとより苦情に関しても記録様式を整えて記録す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

客観的に正しく評価されている。
利用者の権利擁護を意識し、実践に取り組んでいるが、指摘されているように中・長期計画の見直しや相談記録様式の不統一等の不備において改善の必要性を感じる。
当事業所の弱点である長期的な目標の設定と単年度計画の連動、またマニュアルや文書の整備を少しずつ取り組んで改善していきたい。

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。

第三者評価結果

※すべての評価細目（65項目）について、判断基準（a・b・cの三段階）に基づいた評価結果を表示する。

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する

【共通評価基準】

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	①・b・c
<コメント> 職員は支援の根本に理念を置いており、周知・理解も十分である。家族へは、年度初めの家族会総会において、管理者が丁寧に説明している。家族会総会への参加率は50%程度であるが、不参加の家族に対しては資料を送って理解を求めている。		

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	①・b・c
<コメント> 管理者が市・自立支援協議会の部会長を務めることから、事業所運営に関する情報量に不足はない。経営状況の把握に関しては、管理者を中心に主任や事務員をも含めた取り組みがある。		
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
<コメント> 現状の課題を、「就労支援収入の減収の改善」、「職員の権利擁護意識の向上」、「職員のコミュニケーション能力の向上」と捉え、抜本的な改善策を講じている。就労支援収入に関しては、作業の効率化に取り組み、新たな作業の開拓に努めている。職員の権利擁護意識やコミュニケーション能力に関しては、各種研修を通しての改善を目指している。		

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
<コメント> 平成26年に市に提出した「法人の理念と事業所の基本方針」が、中・長期の事業所運営の拠りどころとなっている。内容は、「3年後を目指して」、「10年後を目指して」との項目を設定し、到達すべき理想の姿を掲げている。しかし、策定されて以降見直しを実施されておらず、社会の変遷に対応できていない部分もある。また、法人としての中・長期計画の策定もない。		
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・①・c
<コメント> 中・長期計画としての位置づけである「法人の理念と事業所の基本方針」が、適切に見直しを実施されていないことから、単年度の事業計画の策定に必要な枠組みを示す役割を果たしていない。事業計画の内容に関して、目標とすべき数値や到達点を示しているものもあるが、重点目標の4件に関しては目標数値の設定がない。		
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・①・c
<コメント> 職員会議等の場を活用し、職員の意見が反映された事業計画を策定している。しかし、期中での見直しのルールが定まっておらず、適切な見直しを実施されていない。		

I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	障7	① ・ b ・ c
<p><コメント> 利用者が参加する毎日の朝礼は、理念の唱和で始まり、事業計画や重要な連絡事項が伝えられている。言語による意思疎通が可能な利用者が多く、十分な理解が得られている。家族に対しては家族会を通じて伝達され、不参加の家族には説明資料が送付されている。</p>		

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	① ・ b ・ c
<p><コメント> 定期的に第三者評価を受審し、そこで得た気づきを基に改善を進めている。事業所と家庭とを結ぶ「連絡帳」があり、担当職員が家族の意見や要望を把握している。必要に応じて、職員間で周知を図ったり、支援会議に諮ったりしている。サービスの質に関しては、利用者・家族の満足度が高い。</p>		
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 ・ ② ・ c
<p><コメント> 毎月の支援会議で課題が討議され、管理者から改善策の指示が出されている。改善策に関しては、責任者（誰が？）、期限（いつまでに？）、実施方法（何を？）が決められて実施されるが、明文化された計画は作成されていない。</p>		

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	① ・ b ・ c
<p><コメント> 法人の「管理規程」を始め各種の規程によって、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「組織機構図及び職員構成」でも管理者（施設長）の立場を明確に示している。管理者不在時の権限委譲は、「田原授産所 組織体系図」によってサービス管理責任者がその任にあっている。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント> 管理者は、かつて県・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。法改正や制度の変更に関してはいち早く情報を把握し、支援会議等を使って職員への周知を図っている。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント> サービスの質の向上の裏付けとして、利用者に対する支援を充実させることによって利用者の満足度を高めている。その一つが、相談支援事業所と連携して、ステップアップしたい利用者の要望を叶える取り組みである。また、アセスメントを充実させ、作業班ごとの外出支援を行っている。意思決定支援の推進として、利用者の意向を反映させた個別外出にも取り組んでいる。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント> 国策である「働き方改革」の主旨に則り、職員応援体制の仕組みを構築して、職員が自由に年次有給休暇を取れるようにした。これまでは無給で実施されていた時間外に行われる会議について、時間外手当を支給することとして順法の状態に正した。</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 ・ ⑥ ・ c
<p><コメント></p> <p>安定的な職員雇用が継続しており、人材確保に奔走することなく、職員の育成に注力できる状態である。しかし、中・長期計画としての位置づけである「法人の理念と事業所の基本方針」が見直されておらず、将来的な必要人材に関しての方向性を示したものがない。</p>		
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	a ・ ⑥ ・ c
<p><コメント></p> <p>管理者との個別の面談を必要時に実施しており、ステップアップを目指す職員のために「資格取得費用補助制度」がある。しかし、総合的な人事管理を形作る「キャリアパス」、「人事考課制度」、「目標管理制度」が確立しておらず、制度整備の着手が望まれる。</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組んでいる。	障16	④ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>安定的な職員雇用が続いており、「働きやすい職場」が実現している。職員応援体制の仕組みが機能しており、職員は比較的自由に有給休暇を取ることができるようになった。時間外に行われる会議には時間外手当が支給されるようになったが、それでも時間外労働時間は着実に減少傾向にある。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>「自己研鑽」や「自己啓発」に頼る人材育成の姿勢が見える。法人に職員育成の専門的な部署がなく、階層別研修制度を構築する等の組織的な動きはない。人事考課の制度がないことから、職員個々の不足力量の把握が曖昧であり、目標管理制度の運用が合理性（適切な目標の設定）を欠く結果となっている。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>事業計画の中に研修計画を示し、計画に沿った研修が実施されている。外部研修を履修した場合には「復命書」が作成されて研修効果が確認されているが、事業所内研修に関しては履修後の記録類が残されていない。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>「自己研鑽」、「自己啓発」に重きを置き、職員から申し出のあった研修への参加に関しては、極力参加できるように職員配置を流動的にする等の便宜を図っている。しかし、履修管理が行われておらず、職員個々に対して提供された研修機会が適切であったか否かの検証も行われていない。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>隣接の入所施設「蔵王の杜」で受け入れた実習生に対して実習の場を提供しており、事業所としての主体的な受け入れはない。事業所の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、隣接の入所施設で受け入れた実習生の宿泊場所として提供している。</p>		

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	ⓑ・c
<コメント> 定期的に第三者評価を受審して結果を公表している。「社会福祉法」の定めるところにより、事業の概況や財務諸表をホームページで公開し、事業運営の透明化を図っている。さらに透明化を進めるためにも、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	Ⓐ	b・c
<コメント> 法人監事による監事監査と、行政による監査においては特段の改善指摘事項はない。内部牽制の仕組みがあり、事務、経理・会計、取引・契約等も適切に行われている。			

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	Ⓐ	b・c
<コメント> 13回目を迎えた事業所単独開催の「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している。自立度の高い利用者が多く、公共交通機関（電車、バス等）を利用して自力通所している。			
II-4-(1)-② ボランティア等の受け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	ⓑ・c
<コメント> 継続的にボランティアの受け入れを行い、年間を通じ多種多様なボランティアが来訪している。ボランティアグループの「愛」は、作業補助活動を中心に年間延べ107名の参加がある。地域の高校生が窓拭き作業に訪れたり、利用者の作業の手伝いをしている。どんどこ祭りでは地域の専門学校生が運営を手伝っている。中学生の体験学習受け入れは、3校が対象である。マニュアルの整備に課題が残る。			
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	Ⓐ	b・c
<コメント> 市が作成した「社会資源マップ」を活用しており、事務室には行政機関や医療機関、防災関係の連絡先リストが掲示してある。管理者が市や自立支援協議会と深く関わっており、献身的に地域の福祉問題に取り組んでいることから、関係機関とも良好な連携体制が構築されている。			
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 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	障26	Ⓐ	b・c
<コメント> 管理者は、県の知的障害者福祉協会や市の自立支援協議会、広域区分認定委員会等々に於いて要職を務め、幅広い情報を入手できる立場にある。それらの会議や研修に参加して福祉ニーズの収集を図っており、法人内の相談支援事業所とも連携を密にして有益な情報を得ている。			
II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。	障27	Ⓐ	b・c
<コメント> 管理者は県内でも有数のアンガーマネジメントの専門家であり、地域の要請に応じて研修講師として赴くだけでなく、事業所職員をファシリテーターとして育成している。昨今、福祉関係施設で職員による虐待事件が後を絶たない状況からしても、管理者のアンガーマネジメント研修の講師活動は高く評価できる。			

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
<p><コメント></p> <p>「生活支援マニュアル」が1冊のファイルにまとめられており、全職員に配布され周知されている。適切な見直しが行われており、更新も随時されている。月1回開催される支援会議で「倫理綱領」の読み合わせを行っており、職員意識の統一を図っている。</p>		
Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保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
<p><コメント></p> <p>2ヶ月に1回開催されている人権擁護委員会で具体的なケースについて検討・協議し、権利擁護に配慮した支援を行っている。プライバシー保護に関する規程、マニュアルが作成されておらず、早期に整備されることを望む。</p>		
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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>各事業所の代表が、広報委員会に参加して広報誌「きずな」を年間4回発行し、事業所の情報発信を積極的に行なっている。法人のホームページが丁寧に作成されており、各事業所の情報も見やすいものとなっている。</p>		
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 ・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>サービスの開始時や変更時には、サービス管理責任者や相談支援専門員が事業所パンフレットを用いて丁寧に説明している。しかし、見学者に対応するためのマニュアルや文字による認識が困難な利用希望者に対しての分かりやすく合理的に配慮された資料はなく、今後作成されることを期待したい。</p>		
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 ・ ③ ・ c
<p><コメント></p> <p>事業所の変更・移行の事例は少なく、引継書また同様な様式もなく、面接での口頭による引継ぎが実施されている。移行先でのアセスメントを充実させるためにも、また家庭での支援に混乱をきたさないようにするためにも、引き継ぎの様式を整えておくことが望まれる。</p>		
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 ・ ① ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者の意見を集約する組織として自治会が運営されている。自治会の中でも利用者による役員会が組織され、毎月利用者の意向を聞くことができる仕組みがある。しかし、定量的に利用者の満足度を量る利用者満足度調査は実施されておらず、今後実施されることを望む。</p>		
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 ・ ① ・ c
<p><コメント></p> <p>法人の定めた「苦情解決規程」がある。現状、苦情については担当職員、サービス管理責任者が窓口となり対応している。身近な職員が対応することで迅速に対応できている。記録管理としては、記録様式等が整備されていない部分もあり、今後整備されることを期待したい。</p>		

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
<p><コメント> 相談室は作業室から離れたところにあり、プライバシーが守られた中で相談できる環境にある。また、「田原授産所相談会」と題する取り組みもあり、相談をしやすい環境づくりに努めている。文書化、記録という点では整備されていないところもあり、今後改善の余地がある。</p>		
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
<p><コメント> 利用者からの相談や意見については、随時対応し丁寧に行っている。しかし、担当職員のスキルによるところが大きく、職員ごとの対応に差異が生じている。経験の浅い職員でも適切な対応が取れるよう、対応マニュアルや手順書などの作成が望まれる。</p>		
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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント> 内部研修でKYT研修（危険予知訓練）を行うなど、リスクマネジメントに対する意識が高い取り組みをしている。ヒヤリハットに関しても、「よつばればーと」と題して記録を取り、以降のリスク回避のための取り組みをしている。</p>		
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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント> 「生活支援マニュアル」の中に感染症予防のマニュアルが整備されている。看護師資格を持った職員が中心となって感染症の予防に取り組み、発生した場合にも感染を最小限に留めるための仕組みが構築されている。マニュアルも全職員に周知され、実行されている。</p>		
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 ・ ㉔ ・ c
<p><コメント> 隣接する蔵王の杜（知的障害者入所施設）の防火管理者が中心となって合同の避難訓練を年3回実施しており、職員は年1回消火器による消火訓練を行っている。災害時の非常食の備蓄も適切に管理されている。今後は、事業所内だけでなく、地域との連携などを含めた取り組みが行われることを期待したい。</p>		

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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント> 全職員に周知されている「生活支援マニュアル」を基に支援が行われており、支援の手順が共通理解されている。利用者の障害特性等による個別の支援に関しては、個別支援計画に盛り込んで支援している。</p>		
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
<p><コメント> 「生活支援マニュアル」の更新（見直し、改訂）は、支援会議で行われることもあるが、更新の仕組みが決まっているわけではなく、適宜の実施となっている。マニュアルや手順書を見直したり改訂するためのルール作りを期待したい。</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支援計画を適切に策定している。	障42	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント> 相談支援専門員が作成したサービス利用計画を基に、利用者・保護者への聞き取りを丁寧に行い、サービス管理責任者が担当職員と協議して個別支援計画を作成している。聞き取り、面談についてのマニュアルがあり、適切に個別支援計画が作成されている。</p>		

Ⅲ-2-(2)-② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	障43	① ・ b ・ c
<p><コメント> 「個別支援計画マニュアル」に沿って評価・見直しが実施され、半期ごとにモニタリングが行われている。モニタリングの結果が次期個別支援計画に反映され、新たな個別支援計画が作成されている。</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)-② 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 ・ ② ・ c
<p><コメント> 日々の記録は、各班ごとに作成されている日報に記録され、適宜ケース記録が作成されている。記録の作成に関しては、職員個々の判断に任されており、統一されているとは言い難い。記録の精度を揃えるためにも、記録作成の要領の作成が望ましい。職員間の共有という観点では、支援会議が行われ共有が図られている。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント> 「個人情報使用同意書」を利用者からとっており、適切な個人情報の管理に努めている。ケース記録等個人情報に係わるものは鍵のかかる書棚で保管、管理されている。職員に対しても、個人情報を多く知り得る職種であることの自覚と啓発活動を行っている。</p>		

【内容評価基準】

A-1 利用者の尊重と権利擁護

		第三者評価結果
A-1-(1) 自己決定の尊重		
A-1-(1)-① 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。	障46	① ・ b ・ c
<p><コメント> 作業（仕事）中心のカリキュラムの中、余暇的な活動としてクラブ活動（散歩・創作・ビデオ・スポーツ）を取り入れ、利用者を選択してもらい活動を行っている。「選択をすること」を一つの自己決定の機会として提供している。</p>		

A-1-(2) 権利侵害の防止等

A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	障47	a ・ ② ・ c
<p><コメント> 人権擁護委員会が組織され、2ヶ月に1回委員会が行われている。委員会を中心に、利用者に対する差別・虐待を防止するための取り組みが組織的に実施されている。今後は、それらの取り組みの内容を、利用者へも説明・周知することを期待したい。</p>		

A-2 生活支援

		第三者評価結果
A-2-(1) 支援の基本		
A-2-(1)-① 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	障48	① ・ b ・ c
<p><コメント> 事業所には、利用者が主体的となって活動ができる自治会が組織されている。自治会で役員を選出し、役員会が中心となって自主的に運営している。職員は自治会・役員会のフォローをしているが、あくまでも利用者の自主性を尊重する姿勢で自治会活動の支援を行っている。</p>		
A-2-(1)-② 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。	障49	a ・ ② ・ c
<p><コメント> コミュニケーションについては、職員個々のスキルにより利用者個人個人への配慮をしている。コミュニケーション支援として、事業所内で統一した取り組みが行われることを期待したい。</p>		

A-2-(1)-③ 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。	障50	a . b . c
<p><コメント> 4月、10月に個別支援計画説明会を、利用者・保護者同席の下に実施している。半年に1回行われるモニタリングで、サービス管理責任者が利用者の意向を確認し、個別支援計画に反映させている。モニタリングは丁寧に聞き取り、個別支援計画と共に記録として残している。</p>		
A-2-(1)-④ 個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている。	障51	a . b . c
<p><コメント> 職員配置との兼ね合いもあってニーズに添えていないところもあるが、その中でもクラブ活動を取り入れて日中活動の充実心がけている。作業の種類の変更（作業部屋の異動）なども利用者の意向を汲み、日々柔軟に対応している。</p>		
A-2-(1)-⑤ 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。	障52	a . b . c
<p><コメント> 建物の構造上個別に対応しきれないケースもあるが、その中でも知恵と工夫を凝らして支援をしている。内部研修や外部研修には、管理者の指示・指導の下で計画的に開催・参加しており、新しい知識・情報を取り入れている。</p>		
A-2-(2) 日常生活支援		
A-2-(2)-① 個別支援計画にもとづく日常生活支援を行っている。	障53	a . b . c
<p><コメント> 給食委員会が組織されている。職員だけでなく、利用者代表として自治会からも委員が参加して給食会議がもたれている。定期的に嗜好調査を実施し、選択メニューや行事食なども取り入れるなど、利用者の声を反映させる仕組みが機能している。</p>		
A-2-(3) 生活環境		
A-2-(3)-① 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。	障54	a . b . c
<p><コメント> 限られた環境の中で、利用者の障害特性に合わせた環境整備に努めている。昼食後の休憩では、利用者が思い思い過ごせるような配慮がある。くつろいで過ごせるスペースが確保され、利用者同士が談笑したり、カラオケを楽しんだりしている。</p>		
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練		
A-2-(4)-① 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。	障55	a . b . c
<p><コメント> 日々の支援は生産活動を主に行っている。支援職員が工夫を凝らし、作業を通して訓練的な意味合いも含んだ支援を行っている。今後は、PT（理学療法士）やOT（作業療法士）等、専門家の意見を取り入れた訓練の実施が期待される。</p>		
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援		
A-2-(5)-① 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。	障56	a . b . c
<p><コメント> 事業所で健康診断を年2回実施し、利用者の健康管理に努めている。健康診断の結果を看護職員がチェックをし、数値の悪い項目に対しては、利用者・保護者へ再検査を促している。毎月体重・血圧測定を行っており、慢性的な疾病を持つ利用者や体調不良を訴える利用者には、都度のバイタルチェックを行っている。</p>		
A-2-(5)-② 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。	障57	a . b . c
<p><コメント> 利用者の服薬に関しては、担当職員が把握してチェックしている。保管場所に関しても同様に、担当職員が管理している。服薬に関するマニュアルや管理方法、留意事項等を周知できるようなシステムにしておくことが期待される。</p>		

A-2-(6) 社会参加、学習支援			
A-2-(6)-① 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。	障58	① ・ b ・ c	
<コメント> カリキュラムが基本的に作業（仕事）中心ではあるが、その中でも社会参加の機会を提供できるよう工夫している。作成した自主製品の販売会に利用者が参加することで、「作業（仕事）→販売→給料（工賃）」という社会の仕組みの体験ができています。			
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援			
A-2-(7)-① 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。	障59	a ・ ① ・ c	
<コメント> 社会資源としてのグループホームも少なく、地域移行を行うにあたっては困難なところがある。隣接する障害者支援施設（入所）もあり、グループホームの需要も少ない。ただ、地域生活面では、事業所主催の「どんどこまつり」を開催し、近隣の小中学校との交流も行っている。			
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援			
A-2-(8)-① 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。	障60	① ・ b ・ c	
<コメント> 毎日、利用者の事業所での様子などを連絡帳を活用して報告している。また、家庭からも自宅での様子を記入してもらい、その都度連携をとっている。家族懇談会も年3回実施しており、家族への支援と交流を図っている。			
A-3 発達支援			
			第三者評価結果
A-3-(1) 発達支援			
A-3-(1)-① 子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。	障61	a ・ b ・ c	
<コメント> 非該当			

A-4 就労支援

			第三者評価結果
A-4-(1) 就労支援			
A-4-(1)-① 利用者の働く力や可能性を尊重した就労支援を行っている。	障62	a ・ b ・ c	
<コメント> 非該当			
A-4-(1)-② 利用者に応じて適切な仕事内容等となるように取組と配慮を行っている。	障63	a ・ b ・ c	
<コメント> 非該当			
A-4-(1)-③ 職場開拓と就職活動の支援、定着支援等の取組や工夫を行っている。	障64	a ・ b ・ c	
<コメント> 非該当			