

新潟県福祉サービス第三者評価結果公表基準

① 第三者評価機関名

社団法人新潟県社会福祉士会

② 事業者情報

名称： 社会福祉法人 佐渡福祉会 障害福祉サービス事業所 そよかぜ	種別： 生活介護
代表者氏名： 園長 鈴木 誠	定員： 14名
所在地： 〒952-1209 新潟県佐渡市千種丙205-2	
連絡先電話番号： 0259-63-3858	F A X 番号： 0259-63-3804
ホームページアドレス	http://www3.ocn.ne.jp/~sadoiwa/index.html

③ 総評

◆ 特に評価の高い点

○利用者の地域生活を支える柔軟なサービス提供

知的障害者の受入れをイメージして設立された事業所であったが、地域の障害者のニーズに応じて身体障害者の受入れも積極的に行っている。利用者の障害の多様性に対応するために、日常業務において職員の学習や技術の習得、安全への配慮、配置基準外の看護師を利用者の利用に応じて配置している。また、利用時間についても出来る範囲で、利用者や家族等の都合に合わせてられるように配慮し障害者の地域での生活を支援している。

○充実した職員間のチームワーク

管理者や支援課長のリーダーシップにより、職員一丸となった支援が利用者に提供されている。職員へのアンケート調査においても「働きやすい職場である」と多数の職員が答えている。事業所での決定事項や協議された内容が全職員に十分に共有され、実施した内容についても適宜支援課長を中心に職員全体で見直しや評価が行われており、利用者支援が円滑に行われていることが伺えた。

○利用者主体と権利擁護への決意と取り組み

法人の理念や基本方針、職員行動規範において「利用者主体」「利用者の権利擁護」等が重点事項として掲げられており、「利用者のために法人や職員があり、職員はその実現のために専門的な福祉サービスを提供する」という強い思いと決意を読み取ることができる。その実践にあたっては、法人内に「サービス検討委員会」を組織し、利用者の権利擁護やサービスの向上に法人全体で取り組んでいる。事業所では「施設サービスチェックマニュアル」に沿ったサービス提供を行っているかどうかのチェックや、職員が人権侵害にあたる言動を行っていない

かのチェック、利用者・家族を対象としたアンケート等を定期的実施するなど、日常的に職員が「利用者の権利擁護」を意識して福祉サービスを提供できるよう多様な仕組み作りをしている。

◆ 改善を求められる点

○介護技術マニュアルの整備

身体障害のある方や高齢化した方も利用している現状があるが、それらの方を支援するための介護や介助について方法や手順の整備が十分ではない。すべての職員が一定の水準で利用者に適切なケアを提供できるよう、これまで利用者の多様な障害を受け止めケアしてきた実績を活かしてマニュアルを整備することが望まれる。また、基礎介護技術に関する職員研修の実施や介護福祉士の配置、設備や介護機器等について検討・強化することで、より事業所の支援が充実すると考えられる。

○エンパワメントプログラムの検討

利用者の障害が身体的障害や知的障害等多様であり、また重度の利用者も多く、活動のプログラムは限られてしまう現状がある。プログラムの充実には障壁が多いと推察されるが、利用者が選択できる学習・訓練プログラムが増えることは、利用者の様々な可能性を呼び起こすためにも重要である。少しずつでも、利用者の希望や意見、可能性を確認しながら、日中活動のプログラムを継続的に検討することが期待される。

○地域へ向けた働きかけ

事業所は利用者や家族、職員など関係者だけのものではなく、地域にとっても有用な財産である。「そよかぜ」は在宅の障害者を支援する事業所であり、地域との繋がりや関わりを持ちながら運営を行っていくことは事業所の重要な使命でもある。地域に事業所の機能や取り組みを紹介したり、ボランティアを受け入れたり、事業所の有する専門性を還元するなど、地域に向けた継続的な取り組みを期待したい。

④ 第三者評価結果に対する事業者のコメント

(H24.1.6)

全体として高い評価をいただき感謝しております。

そよかぜの現場の職員にとって、今回の第三者評価は日常の支援のあり方を見直し、新たなサービス向上に向けてのきっかけになりました。

そよかぜは利用者の個々のニーズに対応したサービスの提供、職員間の「和」の尊重、利用者が安心して日中活動ができるようリスクマネジメントの徹底を柱に事業所運営をしております。おかげさまで開所以来、重大事故の発生はありません。利用者、ご家族からも信頼をいただき、安心して利用していただいております。

今回の第三者評価の報告の中で、改善すべき点として、ご指摘を受けた点については、職員の意識統一をはかりながら、計画的に改善していきたいと思っております。

通所の生活介護事業のニーズは特別支援学校卒業生を始め、今後も増えてくることが予想されます。職員教育、職員自らの自己研鑽を高め、より質の高いサービスの提供に努めて参りたいと思っております。

(園長 鈴木 誠)

⑤ 評価細目の第三者評価結果（別添：公表様式2のとおり）

評価細目の第三者評価結果

【 障害者・児事業所（施設）版 】

（公表様式2）

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	コメント
I-1-（1） 理念、基本方針が確立されている。			
I-1-（1）-①	理念が明文化されている。	a	約4年前に、法人の現状と求められる姿について検討し、理念を再構築した。ノーマライゼーションの思想を根本として、障がいを持つ利用者の生活を支えるといった法人の使命を読みとることが出来る。理念は、パンフレットやホームページにおいて広く公表されている。
I-1-（1）-②	理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	法人の理念に基づく基本方針と職員行動規範が明文化され、運営計画やパンフレット等に記載されている。内容は利用者主体、権利擁護等、「利用者のために法人や職員があり、職員はその実現のために専門的な福祉サービスを提供する」といった強い思いと決意を読み取ることが出来る。
I-1-（2） 理念、基本方針が周知されている。			
I-1-（2）-①	理念や基本方針が職員に周知されている。	b	毎年4月に開催される新人職員研修会で職員に説明されている。また、毎年度の運営計画にも記載され職員に配布されている。しかし、理念や基本方針の周知や実践の状況を確認したり振り返るなど、理念の実現に向けたより具体的な取り組みはなされていない。今後は、職員が会する支援会議等で、実際の利用者支援や事業所運営で迷った場合に理念に立ち返り職員全体で確認する機会を持つことで、組織の使命や役割をより共有できると思われる。
I-1-（2）-②	理念や基本方針が利用者等に周知されている。	b	サービス利用開始当初に、パンフレット等で職員から利用者と家族等に説明がなされている。また、毎年度の事業計画書にも理念と基本方針を記載して利用者家族へ配布されている。利用者を対象とした理念や基本方針の説明資料の準備はできていないので、分かりやすい資料等を準備して、利用者や家族等に定期的に周知することで、サービスへの安心感と理解がより高まることが期待される。

I-2 計画の策定

		第三者評価結果	コメント
I-2-（1） 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。			
I-2-（1）-①	中・長期計画が策定されている。	b	平成22年度に、法人内各事業所からの幅広い構成メンバーによる「中・長期計画検討委員会」が発足し、職員を対象としたアンケート調査を実施して各施設の課題や施設整備への意見を把握し、中・長期計画案が策定された。現在は、計画策定の最終準備段階にあり今後の組織的な計画の実施が期待される。
I-2-（1）-②	中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	b	事業計画には法人と事業所の役割分担、重点課題への対応策等が詳細に記載されており、わかりやすい内容となっている。現在は中・長期計画の策定途中であり、毎年度の事業計画策定のみ留まっているが、今後は二つの計画が連動して策定される予定である。

I-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
I-2-(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている。	b	年度末に各係の担当者がそれぞれの活動評価を行い、事業報告と活動総評としてまとめている。この評価結果と、利用者や家族の意見・アンケート結果を踏まえて、行事や広報、安全対策等の各係ごとに担当職員が次年度の活動方針や活動内容を検討して事業計画を策定している。現在は、中・長期計画の策定途中であるが、策定後は中・長期計画の評価、見直しも合わせて実施することが期待される。
I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	b	事業計画書は職員に配布している。係活動や職員会議において計画策定から参画しているため、事業計画に対する職員の理解度は高い。今後は、計画されたことが実践につながっているか、計画の進捗状況を事業所の会議等で確認する機会を持つことで、計画の達成度がより高まると考えられる。
I-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。	b	事業計画書は利用者と家族にも配布している。利用者や家族の関心が高い行事予定等については、毎月ミニ広報紙を作成して配布し、改めて計画を周知する機会としている。今後は、利用者家族により理解しやすい説明資料等を活用し、事業計画のさらなる理解浸透に取り組むことを期待したい。

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

	第三者評価結果	コメント
I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
I-3-(1)-① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	a	管理者は複数の事業所の管理者を兼務している。そのため、利用者支援等の業務を中心とした管理業務については支援課長に権限を委譲しており、その内容は職務分担当等で内外に周知されている。また、新年の広報誌では、年頭の挨拶として事業所と自らの目指すべき方向性について表明している。
I-3-(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。	b	管理者、支援課長は法令遵守等に必要研修や勉強会に参加している。また、法人の運営会議等で法人内の他管理者等から必要な情報を入手できる環境も備わっている。職員に対しても必要な情報は、口頭や資料の回覧等で随時、周知している。必要な資料や文献等は備わっているため、今後は、情報をリスト化する等、把握・共有しやすくするためさらなる取組みが求められる。
I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
I-3-(2)-① 質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。	a	利用者の権利を擁護し利用者主体のサービスを提供するために、職員の自己評価（施設サービスマニュアルチェックリスト）を年2回実施しており、管理者、支援課長を中心として、その結果を踏まえて対策を検討している。また、法人内に「サービス検討委員会」が組織され、管理者、支援課長も参加してサービスの質の向上に向けた取組を行っている。
I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	b	法人理事会や法人運営会議、庶務課会議等で法人全体の経営や業務の効率化に向けた課題の検討や取組が行なわれている。事業所内でも職員の休暇取得の推進等、職員の働きやすい環境整備に努めているが、法人で検討されている経営改善等の取組について、職員の理解が十分ではない状況がある。今後は現場の職員の参画も得て、事業所として具体的な課題を改善していく取組が期待される。

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 経営状況の把握

		第三者評価結果	コメント
Ⅱ-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。			
Ⅱ-1-(1)-① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	b	各種研修等に参加したり、専門誌や機関誌によって情報を収集している。また、身近な福祉ニーズについては養護学校や行政、法人内外の事業所等との連携やネットワークの中で把握している。現在、中長期計画の策定途中であり、把握された情報やニーズが今後は中・長期計画に反映される予定である。	
Ⅱ-1-(1)-② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。	b	運営会議や庶務担当者会議において、事業の経営状態、利用者の高齢化や住居等の課題について分析、検討が行われている。しかし、把握分析された内容が中・長期計画に反映されて職員に周知されるまでには至っていない。現在、中・長期計画は策定途中であり、今後、把握された課題への取り組みを具体的に計画に盛り込むとともに、職員参画のもとで課題解決に取り組むための更なる組織体制整備に期待したい。	
Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	a	公認会計士による監査を年2回実施している。決算書類・会計処理の確認が行われており、経営改善につなげている。	

Ⅱ-2 人材の確保・養成

		第三者評価結果	コメント
Ⅱ-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。			
Ⅱ-2-(1)-① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	b	キャリアパス制度による求められる職員像を明示している。また、重度の利用者の受入れのため事業所の営業日には看護師を配置するなど、利用者の状況に応じて事業所の運営に必要な人材人員の確保に努めている。法人の目標として社会福祉士、介護福祉士等の有資格者を増員することも掲げているが、具体的な計画は作成されていない。今後は、より具体的な有資格者の育成計画や適正配置なども含めた計画的な人事管理の体制作りが望まれる。	
Ⅱ-2-(1)-② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	b	平成22年度、法人においてキャリアパスに関する要件を策定し、人事考課制度の導入に向けて準備、検討を行っている段階である。実施に際しては、考課者の育成と職員への十分な説明やフィードバックを行い、適切に人事考課を実施する仕組みを構築することが望まれる。	
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必要があれば改善する仕組みが構築されている。	b	職員の有給休暇の消化率や時間外労働の状況については、諸帳簿により定期的に確認している。支援課会議では関連な意見交換がなされ、そこで出た職員の意見は、必要があれば法人の運営会議で検討されている。今後は、個別面談や意向調査など職員がより相談しやすい方法も取り入れるとともに、把握した意向や課題を分析・検討し、改善策を中・長期計画や事業計画に反映させるなどして組織的・計画的に就業環境を改善していく仕組みを構築することが望まれる。	
Ⅱ-2-(2)-② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	b	福利厚生センターへの加入や健康診断、予防接種の励行等を実施している。現場では支援課長が職員の悩み等の相談に応じているが、今後は、職員の悩み相談についての法人窓口を設置するなど、より組織的な取り組みを期待したい。	

II-2-2 (3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
II-2-2 (3) -① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	b	基本方針、職員行動規範の中に、組織に求められる職員像が明示されている。また、「要資格職員の養成」を重要課題として、資格取得に際しては職員に特別休暇を付与するなど勤務上の配慮をしている。現在策定中の中・長期計画案の中でも職員の資質向上に対する基本方針が検討されており、今後は、実現に向けた具体的な計画の策定と実行が期待される。
II-2-2 (3) -② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取組が行われている。	b	支援課長が業務等を通じて、個々の職員の強みや不足している技術を把握して、段階的に指導、育成するよう努めている。また、法人のサービス向上委員会が職員に必要な内部研修を主催している。今後は、組織に必要なスキルを有した人材の計画的な育成に向けて、職員一人ひとりの研修計画の策定にも期待したい。
II-2-2 (3) -③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	b	外部研修に参加した職員は復命書を提出し、他職員へ回覧するほか、必要に応じて会議等で伝達して情報を共有している。しかし、研修参加後、その成果や効果を個別に評価・分析する仕組みはない。研修成果を評価・分析して次に必要な研修を検討する等、職員の育成もPDCAサイクルにより計画的に行う仕組み作りが期待される。
II-2-2 (4) 実習生の受入れと育成が適切に行われている。		
II-2-2 (4) -① 実習生の受入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。	b	実習生の受入れに関する意義や方針は運営計画に明示し、積極的に受入れる姿勢を示している。実習生の受入れの際は、職員と実習生と一緒に行動するようにして実施されているが、受入れプログラム等の整備が課題となっている。利用者の障害に多様性があり、実習生にとっては実習による学習効果が非常に高い事業所であると推察される。地域の福祉人材の育成のために、事業所の実習プログラムや実習生受入れ手順等を再確認することが期待される。

II-3 利用者の安全・安心の確保

	第三者評価結果	コメント
II-3-1 利用者の安全・安心を確保するための取組が行われている。		
II-3-1 (1) -① 緊急時（事故、感染症の発生時など）の対応など利用者の安全・安心を確保するための体制が整備されている。	b	利用者の事故や緊急時に迅速に対応できるように、法人全体の安全対策マニュアルを職員に周知し、救命法研修や日常的に看護師からの対応方法の指導を受けるなど安全対策に努めている。しかし、安全対策マニュアルは一般的な内容に止まっており、事業所の状況を踏まえた具体的な行動や対応方法については検討されていない。今後は事業所の特性を踏まえ、マニュアルを随時改正したり、緊急時に備えて関係機関との連携体制を更に整備することが望まれる。
II-3-1 (1) -② 災害時に対する利用者の安全・安心の確保のための取組を行っている。	b	火災と地震に対応する防災マニュアルを定め、年2回の避難訓練と職員研修を実施している。地域との防災協体制の構築については課題として認識しているが、具体的な取り組みまでには至っていない。今後は地域と連携した防災対策、法人内他施設や関係機関と有事にどのように具体的に連携するかについての検討が求められる。
II-3-1 (1) -③ 利用者の安全・安心を確保するためにリスクを把握し対策を実行している。	b	知的障害や身体的障害等、様々な障害を持つ利用者が空間を共有して過っており、事故防止には職員の危険予知等の専門的技術と見守りや配慮が欠かせない状況であることから、事業計画でも安全対策を重点課題としている。事故につながるような出来事があった場合は、その日のうちに職員で協議して対応策を立てて予防策を実行し、後日行われる支援会議で検証している。今後は、立てた対策が有効であったかどうか評価・見直しをすることで、さらなる事故防止につなげることを期待したい。
II-3-1 (1) -④ 緊急時（事故、感染症の発生時など）に、迅速な対応ができる仕組みがある。	a	吸引や医療機器が必要な重度の身体障害者を受け入れるために、事業所の営業日全てに看護師が出勤できる体制を整え緊急時に対応できるように備えている。また、毎年救急法の研修を行い、今年度はAEDの導入も予定している。

II-4 地域との交流と連携

		第三者評価結果	コメント
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。			
II-4-(1)-①	利用者との関係が適切に確保されている。	b	利用者と地域との関わりを支援することが法人の基本方針として示されているが、重度障害を持つ利用者も多く、現在は地域と事業所や利用者との関わりはほとんど持たれていない。比較的地域との交流を持つことが可能な利用者から段階的に支援したり、利用者が地域社会との関わりを持てる具体的な機会や場面作りについての検討が望まれる。
II-4-(1)-②	事業所（施設）が有する機能を地域に還元している。	b	障害者生活支援センター等の相談事業所が併設されており、この相談事業所との連携の中で障害者支援等の相談に応じている。事業所のこれまで培った障害者支援のノウハウは地域の社会資源でもあるため、住民や障害者やその家族等を対象とする勉強会を企画するなど、今後、地域に向けて事業所の持つ専門的な知識や技術を積極的に還元していく取り組みが期待される。
II-4-(1)-③	ボランティア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。	b	法人のホームページ等でボランティアを募集しているが、実際には、重度障害を持つ利用者も多いことから受け入れには慎重な姿勢をとっている。利用者の尊厳を守り利用者主体のケアを実現するためには、第三者的な視点からサービスを見てもらえるボランティアの導入は重要であると考えられる。今後、ボランティア受入の意義や方針を再確認するとともに、受入れ方法を十分に検討した上で進めていくことを期待したい。
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。			
II-4-(2)-①	必要な社会資源を明確にしている。	b	障害者福祉マップや社会資源の資料を備え、併設の相談事業所等からも情報提供を受けることができる。今後は、利用者の状況やニーズに応じて適切な社会資源を紹介したり活用につなげることを支援できるよう、職員間でも情報を共有することが期待される。
II-4-(2)-②	関係機関等との連携が適切に行われている。	a	地域自立支援協議会や佐渡福祉施設長会議に参加するなど、定期的な会議を通じて障害福祉の関係機関・団体と連携が図られている。
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	地域の福祉ニーズを把握している。	b	相談支援事業所との連携や地域自立支援協議会の各部会を通じて地域の具体的な福祉ニーズの把握に努めている。今後は、地元民生委員・児童委員等との連携を通じてより身近な地域のニーズの把握を期待したい。
II-4-(3)-②	地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	b	地域の利用者ニーズに合わせて、営業時間の延長や重度利用者の受入れの幅を広げるなど配慮されている。また、法人では障害者の地域での生活をサポートするために、グループホーム等を開設して、障害を持つ方の生活をバックアップしている。しかし、中・長期計画に明示するまでには至っていない。今後は、中・長期計画の中に、地域のニーズにどのように対応していくかについて盛り込み、継続的な取り組みを行うことが期待される。

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	コメント
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。	a	利用者の基本的人権の尊重の必要性については、内部研修で職員に周知徹底を図るとともに、利用者の権利やプライバシーを守るための具体的な方法や配慮が「施設サービスマニュアル」に反映されている。職員が「施設サービスマニュアル」に基づいて自身のサービスをチェックする仕組みがあり、年2回自己評価を実施しており、その結果を会議で周知するなど積極的な取り組みがなされている。 また、自己評価結果は法人の「サービス検討委員会」で分析や検討がなされている。	
Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	a	プライバシーの保護については、法人の個人情報保護規程や、事業所の個人情報保護に関する職員マニュアル、「施設サービスマニュアル」に定められている。「施設サービスマニュアル」には、個々の職員が現場で活かせるよう具体的な手法が記載されている。 また、マニュアルが実際のサービスに活かされているか、「施設サービスマニュアルチェックリスト」を用いて定期的に職員が自己評価をする仕組みがある。その結果を法人の「サービス検討委員会」で検証した上、職員に周知したり、外部の研修に参加させるなど、利用者の権利擁護に向けて組織的な取り組みが行われている。	
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。			
Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	b	利用者と家族等を対象としたアンケートを年1回実施し、利用者の満足度、ニーズ、意見・要望などを把握する努力がされている。アンケートの分析・評価結果や意見・要望は「サービス検討委員会」でその都度検討され、サービスの改善・向上に活かされている。 また、利用者・家族等・職員の年1回の三者面談等の活用他、送迎時等の家族との会話の中から意見や要望を引き出す働きかけがされている。 今後は利用者の満足度を把握する目的で、自治会や家族交流会の設置等の検討をするなどの工夫が望まれる。	
Ⅲ-1-(3) 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-(3)-① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	b	相談の窓口については、併設の相談支援事業所がある他、支援課長がいつでも相談に応じる体制を整えている。保護者会や自治会は組織化されていないが、利用者・家族・職員との三者面談等を行い、意見や要望を聞く機会としている。 相談窓口については、契約時に利用者・家族に説明しているが、利用者にはわかりやすい資料としては十分ではない。日常的に相談に応じる体制や方法についてわかりやすく説明した文書を配布するなど、今後のさらなる取り組みに期待したい。	
Ⅲ-1-(3)-② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	b	法人として苦情解決体制に関する要領が定められており、苦情受付担当者、苦情解決責任者、第三者委員の設置、その役割や実際に苦情が寄せられた場合の具体的手順が明示されている。利用契約時の重要事項説明書の説明の際に利用者や家族に説明している。 現在のところ苦情はないとのことだが、実際に苦情が寄せられた場合は専用の用紙に記録し、報告書にて申出者に報告もされ、内容によっては事業報告書や広報誌に掲載して公表し改善策を説明するなど、苦情をサービス向上に活かせるような仕組みがある。しかし、この仕組みについて、利用者や家族、地域の人への周知状況が十分ではない。今後は、それらの内容を簡潔にまとめた文書を掲示するとともに、事業所玄関に苦情・意見受付箱等を設置し誰でも気軽に苦情を申し立てることができるようにするなどの工夫が望まれる。	
Ⅲ-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	b	利用者からの日常的な意見や相談等は、支援課長が主に対応しており、その場で回答できる事柄については回答し、それ以外の事柄については職員会議等で検討し回答しており、寄せられた意見や要望については、サービスの質の向上に役立っている。現状は、対応手順が文書化されていないため、職員は対応手法・手順を共有化できていない。今後は、現在ある対応手順のマニュアル化とその手法の共有化が望まれる。	

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。		
Ⅲ-2-(1)-① 福祉サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	a	「施設サービスマニュアルチェックリスト」を用いて、マニュアルに基づいたサービスを実施できているか定期的にチェックしている。利用者・家族アンケートでも職員のサービス提供姿勢等について意見を求めたりチェックをしてもらい、評価・確認をしている。チェックやアンケートの結果は職員会議や「サービス検討委員会」で検討がなされ、サービス改善に活かしている。第三者評価も法人全体で計画的に受審している。
Ⅲ-2-(1)-② 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。	b	「施設サービスマニュアルチェック」の結果や利用者・家族へのアンケート結果は、担当者である支援課長が集計・評価を行い、文書化して検討資料として職員へ配布し、会議で課題の共有化とサービス向上に向けた検討がされている。しかし、評価結果の分析に関して、職員が参画していない。今後は、集計結果の分析や評価の段階から職員が参加することで、専門職や一般職員等の視点からの課題の抽出や、さらなる課題の共有化につながるものと期待される。
Ⅲ-2-(2) 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-(2)-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。	b	「施設サービスマニュアル」が整備されており、そのマニュアルの内容に沿ったチェックリストでサービスの実施状況を確認する仕組みがある。法人の「サービス検討委員会」でマニュアルチェックや利用者・家族へのアンケート結果を検証しながら、サービスの向上や改善に積極的に取り組んでいる。しかし、マニュアルには身体障害者ケアの内容が十分ではなく、事業所の実態から入浴・排泄・食事介助等の介護技術の基本的な支援手順を定めたマニュアルの整備が望まれる。
Ⅲ-2-(2)-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。	a	「施設サービスマニュアル」の内容は、事業所内の職員会議や法人の「サービス検討委員会」において検討される仕組みになっている。定期的に実施するサービスマニュアルチェックや利用者・家族アンケートの結果に基づいて検討したり、利用者や職員から意見や要望があった際に事業所内で随時検討するなど、柔軟な見直しがなされている。
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ている。	b	支援日誌、行動記録に利用者の様子やサービスの実施状況が記録されている。記録の記述の方法についてはマニュアルが整備されており、職員会議で周知した上で支援課長が各職員に個別に指導を行っている。行動記録は分かりやすい記載がなされているが、個別支援計画に基づいた支援の実践状況の記録を整備することにより、計画の評価や見直し、次の計画作成に活かせる情報が集積できると考えられる。
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。	a	利用者の記録及び情報の管理については、法人の定める個人情報保護規程に沿って事業所の個人情報保護マニュアルを定めており、職員はそれに従って個人情報の管理をしている。契約書や重要事項説明書には、利用者・家族等の求めに応じて閲覧・複写ができる旨を明示し、契約時に利用者・家族等に説明している。また、職員には、個人情報の取扱い等について研修や会議を通じて繰り返し説明がなされている。
Ⅲ-2-(3)-③ 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	a	利用者の状況等は随時職員から支援課長に報告がされるようになっている。報告を受けた情報については、状況の確認等が行われた後、ニーズとして確認されたのちは即時対応がなされたり、直近の会議で職員へ周知され、必要に応じて支援課職員が参加する支援課会議で支援方法の再検討や評価等がなされている。法人または事業所全体に関わる情報は毎朝の「職員朝会」等で共有化が図られている。

Ⅲ-3 福祉サービスの開始・継続

		第三者評価結果	コメント
Ⅲ-3-(1) 福祉サービス提供の開始が適切に行われている。			
Ⅲ-3-(1)-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提供している。	b	インターネット上に法人共有のホームページを開設し、そこで事業所の情報を公開している。事業所見学は希望があれば随時受け入れており、体験利用も相談に応じている。 地域への情報発信については、パンフレットを作成するとともに、自立支援協議会作成の福祉相談マップで事業所が紹介されている。今後は、サービスを利用する当事者である障害を持つ方にもわかりやすい言葉や写真を用いた資料の作成が望まれる。	
Ⅲ-3-(1)-② 福祉サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	b	サービスの利用開始にあたっては、本人・家族等に対して、契約書、重要事項説明書、各種同意書をもとに口頭でわかりやすく説明している。 また、他の福祉サービスや事業所の利用が望ましいと考えられる場合には、利用希望者本人・家族等と相談の上、同一事業所内にある相談支援事業所等の関係機関と連携するなどして必要な引継ぎを行なっている。 契約書や重要事項説明書の内容は、安易に理解しやすい文章などにするのが難しい面もあるが、サービスを利用する利用者自身が理解しやすいよう工夫・配慮することが望まれる。	
Ⅲ-3-(2) 福祉サービスの継続性に配慮した対応が行われている。			
Ⅲ-3-(2)-① 事業所（施設）の変更や家庭への移行など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。	b	契約終了時には、支援課長が相談窓口となり引き続き相談に応じる旨を説明し、利用者・家族等の了解のもと関係機関と連絡を取る等、継続的な支援に努めることとし、これに基づいた実際の支援がなされている。しかし、現状は対応手順が文書化されていないため、職員は対応手法・手順を共有化しきれていない。 今後は、対応がより円滑になされるよう職員にも方法や手順を周知するとともに、利用者・家族にも文書を示してより丁寧に説明を行う等の工夫が望まれる。	

Ⅲ-4 福祉サービス実施計画の策定

		第三者評価結果	コメント
Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。			
Ⅲ-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	b	事業所として統一した様式のアセスメントシートを使用して、ニーズの把握に努めている。定期的に個別支援計画の評価（モニタリング）と再アセスメントを実施しており、モニタリングと再アセスメントにあたっては利用者、保護者、職員の三者で面談を行なう等の手順が定められている。看護師のスタッフもおり専門職を交えたカンファレンスが行われているが、支援を受けるにあたっての本人・家族等の意向の記載が十分でないものも見受けられる。 本人・家族等の希望は重要な項目である為、利用者・家族の状況にもよるが、三者面談等の機会等を利用して粘り強く意向を聴き取る取り組みや工夫が求められる。	

Ⅲ-4-(2) 利用者に対する福祉サービス実施計画が策定されている。		
Ⅲ-4-(2)-① 福祉サービス実施計画を適切に策定している。	b	個別支援計画は個々の利用者の担当職員を中心に策定している。支援課会議等で利用者一人ひとりへの支援や留意事項を検討し、その後、作成された計画案について支援課会議で他の職員の意見や情報も踏まえて確認・再検討を行なっている。完成した支援計画は、支援課会議や全職員による職員会議で確認・共有されている。個別支援計画には、利用者への支援を行なう上で留意すべき事項などが具体的に盛り込まれている。個別支援計画の実施状況の特記事項や月間のまとめが記載されているが、日々の実施状況の記載がないケースもある。評価や次の計画作成に反映できるよう、サービス実施状況やサービスを受けての利用者の様子などを簡易的にも日常的に記録・確認できる仕組みを構築することが期待される。
Ⅲ-4-(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。	b	個別支援計画の実施状況の確認手順が定められている。6ヵ月に1回モニタリング・評価が実施されることになっており、内容は支援評価表にまとめられ計画に変更があれば支援内容変更欄に記載されるとともに職員間での留意事項としてまとめられ情報の共有がなされている。モニタリングや再アセスメントに際しては利用者・家族等からの意見を聞くようにしており、それまでの支援計画の達成状況を説明し、意見や要望の聴き取りを行っている。変更点や新たな要望があれば支援課会議にて職員へ周知、検討して支援や支援計画に活かしている。しかし、個別支援計画を緊急に変更する場合の手順や仕組みが、明確に文書化されていない。今後は、これらの手順を文書化してより一層の対応の統一化・標準化を図るとともに、あわせて、利用者にも理解されるような個別支援計画の表現方法や内容の工夫を期待したい。

評価対象Ⅳ 福祉サービス内容

A-1 利用者の尊重

	第三者評価結果	コメント
A-1-(1) 利用者の尊重		
A-1-(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。	a	家族や、養護学校等の前利用サービスの担当者から個別のコミュニケーション方法を聞き取り、職員に周知している。また、エンパワメントの視点に基づき、必要に応じて個別支援計画等に取り入れて支援をしている。利用者の日々の様子を記載する行動記録の書き方もガイドラインに定め、日々の関わりを通じて把握した利用者の様子や行動の特性などを記録し、その人とのコミュニケーションに活かしている。
A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	b	自治会等は組織されていないが、事業所の運営計画の業務分担表で利用者の日中活動を担当する職員を定め、日々の支援の場面も含めて利用者の自主性、やる気を引き出せるよう、職員は側面的支援を心掛けている。他者との面会については事業所での余暇時間に自由にできるようにしている。今後は、利用者の意見交換の場として、可能な範囲で複数の利用者や家族等と職員で懇談の機会を持つなど、利用者を主体の活動の促進に向けたさらなる取り組みが期待される。
A-1-(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。	a	個別支援計画の作成過程等において利用者・家族等の意思を確認した後、本人が必要とする支援を会議で確認し統一的な支援を行っている。職員は利用者一人ひとりのニーズにあわせて、日々自然形で見守りや支援を行なっている。
A-1-(1)-④ 利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。	b	利用者一人ひとりの状況や必要性に応じて、コミュニケーション支援や洗濯・買い物等社会生活力を高めるための支援が個別支援計画に組み込まれており、個別の対応がなされている。今後は、社会生活力を高めることを目的とした標準的な学習・訓練プログラムを用意するなど、利用者をエンパワメントするための積極的な支援が展開されることを期待したい。

A-1-(2) 利用者の権利擁護		
A-1-(2)-① 利用者の権利を擁護する具体的な取組が行われている。	b	<p>利用者の権利擁護に対して、法人全体で組織的に取り組む仕組みが整備されている。各事業所では「施設サービスマニュアル」の中に利用者の権利擁護について具体的な項目を示し、マニュアルに基づく実践がなされているか「施設サービスマニュアルチェックリスト」を用いて自己点検する機会を年2回設けている。これにより、どのようなことが権利侵害にあたるのかを職員は具体的・定期的に確認している。また、利用者・家族等へのアンケートも年1回実施し、利用者の権利擁護に関する職員の対応について利用者・家族等の考えを調査している。権利侵害の防止や成年後見制度等の権利擁護に関する研修も法人で企画している。現在、身体拘束等が行われていないこともあり、やむを得ず身体拘束等が行われる場合の手順が文章化されていない。これらのことも含めて、利用者の権利擁護のための仕組みがすべての職員によってより確実に実施されるよう、現在決められている内容を文書化するなどの検討が期待される。</p>
A-1-(2)-② 行動傷害について、その原因を究明するとともに、適切な対応が行える体制がとられている。	b	<p>行動障害に対しては、「個人の尊厳を重んじ人としての権利を尊重します」という法人の基本方針と職員行動規範に基づいて、利用者の権利やプライバシーを守るための具体的な方法や配慮が文書化されている「施設サービスマニュアル」をもとに利用者一人ひとりへ対応している。</p> <p>個々の利用者の状態と支援内容は行動記録に記録している。毎日の職員朝会や引き継ぎで、直近のサービス利用時やその日の事業所への通所時の利用者の様子等について家族の話などの情報を共有し支援の参考としている。また、支援課会議等で定期的に利用者の変化や留意事項等について検討し、個別支援計画に反映し、統一した支援が行えるよう取り組んでいる。</p> <p>今後は、これまで行ってきた支援をもとに、行動障害に対する基本的な対応や方針を具体的に明文化して周知するとともに、行動障害の原因の一つとなる環境等の要因の究明とさらなる利用者支援に向けて、必要に応じて事業所以外の専門職等と積極的に協力・連携することが期待される。</p>
A-1-(3) 福祉サービス実施計画に基づく支援		
A-1-(3)-① 福祉サービス実施計画に基づいて、適切に福祉サービスが提供されている。	a	<p>利用者一人ひとりの担当職員を中心に支援課会議等で検討・作成された個別支援計画を、職員会議や支援課会議で職員に周知し、統一した支援が行われるよう取り組んでいる。個別支援計画の実施状況や支援における留意事項等については、定期的にモニタリングを行なうとともに支援課会議で検討し、計画の見直しにつなげている。</p>
A-1-(4) 所持金・預かり金の管理		
A-1-(4)-① 預かり金について、利用者ごとに適切な管理体制が作られている。	b	<p>日常生活自立支援事業や成年後見制度等の権利擁護事業の活用が必要と思われる利用者に関しては、本人や家族等、関係機関と必要に応じ話し合いを持つこととしており、現在、実際に日常生活自立支援事業を利用している方もいる。</p> <p>事業所での利用者の金銭の預かりは基本的には行っていない。一時的に金銭の保管を依頼された場合は鍵付きロッカーで保管することとなっているが、一時預かりを原則としている。</p> <p>今後、利用者の社会生活能力を高めるための支援の一環として金銭管理についてのプログラム整備も検討するとともに、支援が必要な利用者に対しては個別支援計画に基づいて支援を行う体制作りを期待したい。</p>

A-2 日常生活支援

		第三者評価結果	コメント
A-2-(1) 食事			
A-2-(1)-① 福祉サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。	a	個別支援計画に基づいて食事の支援が行われている。利用者の状態や必要に応じて、一般食のほか、刻み食や経管栄養も提供されている。事業所内で調理されているため、利用者が食べられない物や嗜好などの個別のニーズにも調理員が柔軟に対応している。	
A-2-(1)-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。	b	食事は季節の食材を用い、事業所内で調理した昼食が温かいうちに提供されている。献立は栄養士が作成し、事業所内に表示され、家族へも配布されている。日々の支援の中で利用者の嗜好や状況を把握しながら支援している。見守りが必要な利用者に対しては、利用者一人ひとりのペースに合わせながら対応している。しかし、定期的な嗜好調査や利用者参加の検討会議等の取り組みは行われていない。食事は利用者の楽しみの一つであるため、嗜好調査や残渣調査を実施する等、利用者の希望を定期的に把握・検討し、献立等に反映することが期待される。	
A-2-(1)-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	b	事業所の共有スペースにおいて、ゆったりとした時間の流れの中、落ち着いた雰囲気ですぐに提供されている。食事の時間は正午からと決まっているが、利用者の個別の事情等により時間を前後して昼食を摂ることもできる。喫食環境改善についての検討会議等は定期的に行われておらず、環境改善に向けての検討体制の整備や具体的な取り組みが望まれる。	
A-2-(2) 入浴			
A-2-(2)-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。	b	サービス利用時には健康状態を確認し、個別支援計画に基づいて入浴が実施されている。時間帯や順番などは利用者一人ひとりの事情や希望に応じて柔軟に対応している。利用者一人ひとりの入浴方法については職員間で口頭で申し送りが行われているが、個別の介助・健康状態等の留意点を記録するまでには至っていない。今後は、よりよい支援のための検討材料となるよう、利用者一人ひとりの入浴支援のポイントをまとめ記録する取り組みが期待される。	
A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a	利用者・家族の希望を受けて入浴回数が計画されている。また、必要時にはシャワー浴も可能である。	
A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a	脱衣室入り口にはドアのほかにカーテンも設置され、プライバシーに配慮されている。身体障害の利用者の着脱介助のためにベッドが配置され、特殊浴槽や手すりも設置されている。また、浴室内の危険な部分はゴムでカバーする等、利用者の安全に配慮した環境作りをしている。浴室や入浴に関しては、必要に応じて支援課会議等で検討されている。	

A-2-(3) 排泄		
A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	b	<p>利用者は、共有のトイレを使用する人と排泄用具（オムツ）を使用する人がいる。排泄の支援は個別支援計画によって実施されており、同性介助を基本として行われている。必要な利用者の排泄状況は記録され、家族へ報告し連携して支援している。しかし、個別支援計画に反映すべき個別情報や介助結果についての記録は十分とはいえず、また排泄用具に関するマニュアルは策定されていない。</p> <p>今後、より良い支援の実施に向けて、排泄用具等のマニュアルの策定と排泄記録の記載方法の検討と実施が期待される。</p>
A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	b	<p>利用者の状況による危険性を考慮して消臭剤等を設置できないトイレもあるが、防臭対策として換気扇による換気を行なっている。定期的な検討会議はないが、必要時には検討され、手すりの設置等環境改善が実施されている。清掃は毎日行われているがうまく使えない利用者もいるため汚れたままになってしまうこともある。</p> <p>今後はトイレ環境の点検・改善のため定期的に検討を行う体制の整備が期待される。</p>
A-2-(4) 衣服		
A-2-(4)-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。	a	<p>事業所に着てくる衣類については特に指定したりせず、本人や家族等に任せている。必要な利用者には、職員と一緒に衣類を買い物に出かける等の個別の支援を行っている。</p>
A-2-(4)-② 衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切である。	a	<p>事業所でも着替え用の衣類を数枚用意しており、汚れた場合には随時、更衣を支援している。また、衣類の汚れがある際には、洗濯の支援も行っている。職員間で業務手順が周知され、日常的に行なわれている。</p>
A-2-(5) 理容・美容		
A-2-(5)-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。	b	<p>入浴後の整髪等は利用者の希望を聞きながら、利用者と一緒に進んでいる。髪型や化粧等についての決まりはなく、利用者の自由としている。</p> <p>今後は利用者の好みや希望を踏まえ、個別支援計画に位置づけたり情報提供を行うなどのさらなる取り組みや工夫を期待したい。</p>
A-2-(5)-② 理髪店や美容院について配慮している。	b	<p>通所の事業所であるため、利用者の理美容については家族等によって実施されており、職員が送迎や同行することはない。しかし、相談があれば随時、障害を理解して理美容サービスを提供している店舗等の情報を提供している。</p> <p>今後は地域の理美容店と事業所との連携を通して、利用者の状況や必要に応じては送迎や同行等を行うなど、利用者の社会生活へのさらなる支援を期待したい。</p>
A-2-(6) 睡眠		
A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。		<p>日中活動系事業所のため非該当</p>

A-2-(7) 健康管理		
A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	b	事業所の営業日には常に看護師が勤務して、利用者の健康管理を担っている。個々の利用者の医療に関する情報等は必要に応じて個別支援計画等に記録され職員に周知されている。受診等の主治医との連携は家族等を介して行うことがほとんどであるが、連絡ノートの利用や送迎時を活用して家族に受診結果を確認している。口腔衛生については、指導等の取り組みは行っていないが、必要に応じて食後の歯磨きの声かけや介助を行っている。しかし、看護師等が健康相談に対応できることを利用者・家族に周知していない。 今後は、健康相談に対応できることを予め文章等で利用者や家族に伝えとともに、健康面について事業所から積極的に助言、アドバイスを行う機会を持つなど、利用者の健康面に対するさらなる支援が期待される。
A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	b	近隣に嘱託医と総合病院の医療機関があり、緊急時には家族に連絡して受診するが、連絡がつかない場合は事業所の職員が付き添って受診している。あらかじめ予測できる変調については、利用者の個別支援計画に盛り込み、それに基づいて支援が行われる。 医療機関との日常的な連携や、法人の緊急時対応マニュアルに事業所としての対応手順や役割分担等を定めることが課題であり、緊急時により迅速に対応できる支援体制の整備が期待される。
A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	b	内服薬・外用薬等は鍵のかかる棚に保管されており、利用者の服薬情報は看護師が管理している。薬剤を投与する時は2人の職員で確認して、投与後は記録に残すなど誤薬防止に努めている。 より確実な薬剤管理が行われるよう服薬管理マニュアルの整備と一人ひとりの利用者の個別支援計画に基づいた支援が期待される。
A-2-(8) 家族との連携・交流		
A-2-(8)-① 家族との連携・交流が積極的に行われている。	b	サービス利用毎に連絡帳を活用したり、送迎時に家族に必ず声をかけ、情報交換をしている。また、適宜家族からの相談にも応じ、信頼関係の構築にも努めている。個別の関わりと共に、今後は、家族同士が懇談を行う機会を持ったり、多くの家族と事業所とで懇談会や勉強会を行う等、より交流や意見交換がしやすい場を提供していくことも期待したい。
A-2-(9) 生活環境づくり		
A-2-(9)-① 利用者が過ごしやすい環境づくりに取り組んでいる。	b	事業所内はバリアフリーであり、車椅子の利用者も無理なく移動することが出来る。また、利用者が希望時に一人になれる個室も準備されている。テーブルやイスの配置を見直したり、以前は事務スペースであった部屋を利用者の機能訓練や休息の部屋に変更したりと利用者に合わせて工夫を繰り返して環境の整備に努めている。 生活環境について利用者自身も参加可能な検討の機会を新たに設けるなど、今後も取り組みの継続を期待したい。

A-2-(10) 余暇・レクリエーション		
A-2-(10)-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。	b	季節に応じて行う行事は、年間計画で定め毎月利用者や家族等に告知して行っている。余暇活動での外出等は利用者の希望を取り入れ、地域に出かけることで利用者の楽しみの一つもなっている。また、事業所内での余暇やレクリエーション活動は、利用者の要望を考慮して、個別支援計画に位置づけ、手工芸や作業的な活動を実施している。利用者が共通して楽しめるレクリエーションが少なくメニューや利用者の希望に答えきれないことが課題であると職員は認識している。今後も、利用者の要望を聞き取り、事業所内外で楽しみながら個別や集団で出来る作業や、身体を動かすプログラムの継続的な検討に期待したい。
A-2-(10)-② 新聞・雑誌の購読やテレビ・ラジオ等は利用者の意思や希望に沿って利用できる。	b	新聞・雑誌の購読に決まりはなく、利用者の中には自宅から持参したり日中近所の商店で購入したりして、購読している方もいる。テレビは共同スペースに2台あり自由に視聴でき、ラジオ等を持ち込む利用者もあり、それぞれ楽しんでいる。共同利用の方法について利用者間で話し合う機会を設け、利用者の意思や希望を定期的に確認、検討することが期待される。
A-2-(10)-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、利用者の意思や希望が尊重されている。	b	通所の事業所であり飲酒の機会は設けていない。喫煙する利用者は屋外に喫煙場所を設置しそこを利用している。現在、喫煙者は数名であるため利用者全員に飲酒・喫煙について情報提供をすることはしていない。今後は利用者の希望を聞きながらのルールづくりや、健康管理のための喫煙や飲酒に対しての基本的な知識や情報を喫煙者だけでなく他利用者へも定期的に情報提供する等の取り組みを期待したい。
A-2-(11) 外出、外泊		
A-2-(11)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	b	事業所への行き帰りや、余暇時間に近所の商店へ買い物に行くなど、外出は職員に申し出て利用者の希望で自由に行っている。しかし、外出可能な地域のガイドマップや不測の事態に備えたルール等の対応方法は十分に検討されていない。今後は、利用者の外出に有用な情報を積極的に提供する等、利用者の外出や社会交流が更に促進されるような取り組みや体制の整備に期待したい。
A-2-(11)-② 外泊は利用者や家族の希望に応じるよう配慮されている。		日中活動系事業所のため非該当
A-2-(12) 移乗・移動		
A-2-(12)-① 移乗・移動介助は、利用者の身体状況や介助方法など個人的事情に配慮している。	b	移動・移乗介助については、車椅子を使用している利用者も多く、個別支援計画に基づいて自立に向けた支援が行われている。実施に際しては、職員間で支援方法の統一を図り、新人職員は支援課長や経験のある職員と一緒に行う等、利用者にとって安全に安心して支援が受けられるように努めている。今後、介助結果を記録するなどして介護技術の評価を行い、利用者にとってより安全で安心できる自立支援が継続的に実施できるよう検討と改善を期待したい。

A-3 就労支援

		第三者評価結果	コメント
A-3-(1) 就労支援			
A-3-(1)-①	就労移行支援・就労継続支援のメニューは利用者の希望や状態に応じて選択できるよう配慮されている。		当該サービスを提供していないため非該当
A-3-(1)-②	利用者の状態に合った訓練指導・支援を行っている。		当該サービスを提供していないため非該当
A-3-(1)-③	工賃の支払いは適正に行われている。		当該サービスを提供していないため非該当
A-3-(1)-④	働きやすい作業環境が用意され、安全衛生面でも配慮されている。		当該サービスを提供していないため非該当
A-3-(1)-⑤	技術研修や作業開拓、製品管理が適正に行われている。		当該サービスを提供していないため非該当

A-4 自立訓練

		第三者評価結果	コメント
A-4-(1) 自立訓練・支援			
A-4-(1)-①	利用者の状態に応じて、自立に向けた訓練、又は作業等に参加する機会を提供している。		当該サービスを提供していないため非該当
A-4-(1)-②	利用者の自立を支援するための取組を行っている。		当該サービスを提供していないため非該当

A-5 地域生活への移行・支援

		第三者評価結果	コメント
A-5-(1) 地域生活への移行・支援			
A-5-(1)-①	利用者の状態に応じて、地域生活への移行についての支援を行っている。	b	同一法人内に相談事業所やグループホーム・ケアホーム等を持ち、地域生活のバックアップについては体制が概ね整っている。また、自治体や関係機関との会議にも参加したり、利用者が他事業所に転所する際には、情報を提供するなど連携に努めている。しかし、転・退所時の事業所としての対応窓口の明示、申し送りの書類や方法についての明確なルールが定まっていない。 現在行っている支援内容を確認し、サービスの引継ぎ手順を整え、利用者・家族のニーズと可能性を踏まえて利用者の地域生活へのより円滑な移行に向けて、体制の整備に期待したい。