

(別紙)

## 第三者評価結果

### 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。		
1	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。	a・b・c
<p>&lt;評価所見&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>理念は、施設の倫理綱領や運営方針等に明文化されています。基本方針も生活支援と就労支援のそれぞれで明文化されています。しかしながら、これらの理念や基本方針に対する職員の理解は十分ではありません。施設全体が一つの理念のもとに行動するためには理念や基本方針に対するしっかりした理解と共通認識の醸成が必要です。そのためには「明文化」「説明」「掲示」等だけで終わることなく、日々の会議や研修会等において、その都度あげられる具体的事例と理念及び基本方針との関連性を職員全員で掘り下げ、理念への理解を深めることが必要です。理念と基本方針の実施こそが施設の目標であることを念頭に置いた今後の創意工夫が必要です。</li></ul>		

#### 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。		
2	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。	a・b・c
3	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。	a・b・c
<p>&lt;評価所見&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>社会福祉事業全体の動向、施設需要の動向、利用者数・利用者像の変化等は協会本部の総務課により把握され施設に伝えられています。施設の運営状況については、利用者の利用状況や経理上の月次収支等を、施設側から協会本部に毎月報告しています。一方、協会本部からの通達は回覧により職員に伝達されます。しかしながら、このような経営環境と経営状況の中身を把握しているのは管理職の中でもごく一部の課長級職員に限られているようです。大部分の職員は経営課題がなんであるかを知らされていません。したがって、経営課題自体がほとんどの職員に理解されておらず、職員のほとんどは事業経営の埒外に置かれています。現在、どのような経営環境にあり、どの方向へ向かおうとしているのかは職員のモチベーションにも大きく影響します。経営課題の把握は一部の管理職にとどまることなく広く職員全体の共通理解事項になってほしいと思います。まず、「知らせること、そして、理解してもらうこと」が一番重要です。</li></ul>		

### 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。		
4	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。	a・b・c
5	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。	a・b・c
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	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。	a・b・c
7	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。	a・b・c
<p>&lt;評価所見&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>中・長期計画は作成されていますが、その策定が主に課長級以上の職員だけで行われているため、内容の理解も課長級職員レベルに留まってしまっており、大半の職員は蚊帳の外にいる感じを強く持っています。課内会議や回覧等で周知を図っていますが、どこに置いてあるのか、どこに綴ってあるのか、殆どの職員はわかりません。</li> <li>単年度の事業計画については、職員の意見を反映させる工夫がなされたり職員会議などで周知を図る等の努力は見られます。しかし、具体的な数値目標が設定されていなかったり、遂行課程での評価が不十分であったり、次への課題を設定できていないなど、不十分な点がみられます。PDCAサイクルを活用し、事業計画を作る意義を理解し、事業計画策定による具体的な成果を上げることが必要です。</li> <li>利用者家族への周知も、契約更新時や保護者総会で説明はされているようですが、利用者へ直接かかわる事柄についてのみの説明になっています。職員の自己評価によると、利用者への周知はほとんど行われていないとの評価が複数ありました。職員全員が事業計画に対して共通認識を持ち、利用者へ理解しやすく説明できる状態にしておくことが肝要です。</li> </ul>		

### 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。		
8	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。	a・b・c
9	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。	a・b・c
<p>&lt;評価所見&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>自己評価チェック表や第三者評価を想定する施設内自己評価が行われており、施設サービス向上委員会も設置され、サービスの質を改善しようとする姿勢は見られています。しかしながら、現場職員自身の評価によると「サービスの質の向上に対して、見える成果にはなっていない」という評価になっています。その要因は、施設内評価結果の読み取りと分析が一部の管理者だけで終結し職員にフィードバックされていない点にあるようです。結果として、施設全体での分析や課題の抽出には至っておらず、改善策の策定、実施までにも至っていません。施設内自己評価結果をきちんと分析し、改善課題と改善スケジュールをたて、その改善計画を全職</li> </ul>		

員にフィードバックし、さらに、その改善計画の実施状況をもきちんと評価していくことが必要です。質の向上に向けてのPDCAサイクルを組織的に廻し続けて、職員が施設内自己評価の成果を実感できる状態を作る必要があります。

**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。		
10	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。	a・b・c
11	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。	a・b・c
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	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。	a・b・c
13	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。	a・b・c
<p>&lt;評価所見&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>職員アンケートや面談から、それぞれの階層の職員は、その上司が求めているものの真意を探りかねている様子が見られます。それぞれの上司はそれぞれの職域においてサービスの質の向上に意欲的に取り組み、働きやすい環境づくりに配慮しようとしています。しかしながら、その努力や配慮に対し、その指導下にある職員の評価は「上司は現場の事をわかってくれているのだろうか」と、多くの職員が不安を抱えています。それぞれの職員階層間で意思疎通に齟齬が見られます。それぞれの上司は責任を明確にし、現状を理解し、指導力を発揮しようとしています。その指導下にある職員にはその想いが伝わっていないようです。その原因は何かを、上司側もその指導下にある職員側も、それぞれに考えてほしいと思います。相手からの働きかけを待つのではなく、自らが積極的に「理解してもらおうとする努力」をすることがお互いに必要です。なぜ理解してもらえないのか、理解してもらうためにはどうすればよいのかを、他人任せではなく、自らの努力によって、解決してほしいと思います。</li> </ul>		

**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。		
14	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。	a・b・c
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・b・c
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	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。	a・b・c

II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
17	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。	a・b・c
18	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。	a・b・c
19	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。	a・b・c
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。		
20	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。	a・b・c
<p>&lt;評価所見&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 人員の確保については鋭意努力しているようですが、現場は常に人員の不足に悩まされており、過剰労働感が大きい状態が続いています。職員はその意味において、就業に不安を抱えています。この状態を根本的に改善することが望まれます。</li> <li>・ 職員の育成については、正職員は勤務年数によって受ける研修が考えられ、個々のレベルや経験年数に合わせた研修が行われるよう配慮されています。しかしながら、職員一人一人の育成が計画的に且つ丹念に行われているか、その研修結果が現場に活かされているかどうか、という点になると、職員自身が「十分ではない」と評価しています。また、正職員以外の有期契約職員については個々の教育・研修計画が確立されていません。正職員以外の職員の比率が高くなっている現状では正職員以外の職員の教育・研修も大切です。自己評価やアンケート、個別面談でも「正職員のように研修を受けたくても受けられない」という研修に対する不公平感が正職員以外の職員から表出されています。</li> <li>・ 職員の定着促進については、職員個々が納得できる人事に配慮することはもちろん、モチベーションの維持向上のための個別具体的な対策が必要です。知識・技術の修得は負担感を減らします。本人の意思に基づくモチベーションを活かしたその人の研修計画の策定が必要です。</li> </ul>		

### 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。		
21	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。	a・b・c
22	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。	a・b・c
<p>&lt;評価所見&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ホームページや広報誌によって情報公開はされていますが、職員や利用者家族への周知度や理解度からみると、その取り組みにはまだまだ改善の余地があるとの自己評価が多数を占めています。理解しやすい説明の仕方や理解できたかどうかの確認の仕方などに、さらに工夫が必要です。</li> <li>・ 協会内部の指導監査はもとより、税理士による外部監査もなされ、それらによって指摘された事項については即時改善するなど、経営の改善に積極的に取り組んでいます。運営の透明性</li> </ul>		

に関しても評価できる努力が払われています。

## 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。		
23	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。	a・b・c
24	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。	a・b・c
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	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。	a・b・c
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	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。	a・b・c
27	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。	a・b・c
<p>&lt;評価所見&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>地域の祭りや運動会等に参加しようとしたり、現在は改築中のため開放はしていませんが、以前は、体育館を地域のサークル等に無料で開放したりするなど、地域との関係づくりと地域福祉への貢献をしようとする努力は払われています。しかし、その内容は、過去の恒例的に行われてきた行事等を踏襲する程度で終わっています。地域とのかかわりや地域福祉への貢献についての基本方針、具体的行動目標、行動後の評価等、PDCA的なシステムづくりはなされていません。地域福祉への貢献のため、地域福祉への基本方針、具体的行動計画、行動、評価等を組み立てて、しっかりしたPDCAを踏まえた地域との関係づくりと地域福祉への貢献を期待します。</li> <li>ボランティアに関しては、シルバー大学の学生の受け入れなどが行われています。しかし、十分ではありません。ボランティアとの交流では、障がいとは何か？人間とは何か？を念頭に置く、障がいを理解してもらうための受け入れ活動となることも必要です。全職員と利用者が一体となって、ボランティアの役割は何なのかを明確にし、何をしてもらうか、ボランティアに何をもち帰ってもらうか、を施設として明確に文書化し整理しておくことも必要ですし、ボランティア受け入れの目的を全職員で共有化しておくことも必要です。</li> <li>施設長は市の障害福祉計画策定委員として参加し、結果を職員会議で報告したりしています。また、市の連絡協議会との連携をはじめとして、その他の関係機関との連携が行われています。さらに、関係機関への連絡方法も体系化されています。しかしながら、そのネットワークから得られた情報が施設職員間で共有されるまでには至っていません。連携の内容とその経緯、その結果がどうなっているのかを職員に理解してもらうPDCAで成果の確認が必要です。</li> <li>地域交流を目指し、現在改築中の新施設ではカフェテラスや定点販売所のスペースを設けるなど、今後の地域交流を充実させる方策が考えられていますので、今後の展開に期待したいと思います。</li> </ul>		

## 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。		
28	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・b・c
29	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。	a・b・c
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。		
30	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。	a・b・c
31	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。	a・b・c
32	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。	a・b・c
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	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。	a・b・c
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。		
34	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。	a・b・c
35	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。	a・b・c
36	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。	a・b・c
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。		
37	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。	a・b・c
38	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。	a・b・c
39	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。	a・b・c
<p>&lt;評価所見&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>利用者本位の福祉サービスの提供について職員間で共通理解を得るための取り組みは行われているのですが、利用者アンケートや職員面談の結果から判断すると、その取り組みの結果が利用者の十分な満足を得るまでには至っていません。十分でない最大要因として、コミュニケーションをとる時間が少ないことが上げられています。業界全体の問題であったり、施設の職員不足も一因でしょうが、想いを伝える機会がない、要望がなぜ実現できないのかの納得できる説明がない、等々の意見が利用者から上がってきています。例え、利用者の希望が叶わなくとも、なぜ希望が叶わないのかということを利用者が納得するまでの丁寧な説明が必要です。納得が得られていない場合は利用者にとって問題は解決していません。職員側にコミュニケー</li> </ul>		

ションを深めようとする意識さえあればその時間は取れるはずですが、与えられた、そして限られた時間内にどのようにしたら納得してもらえるのか、その時間の使い方とその利用者に納得してもらい易い情報の伝え方を、その利用者ごとに工夫してほしいと思います。

- 安全・安心な福祉サービスの提供に努力が払われています。自治会組織への支援、苦情解決やリスクマネジメントのマニュアル整備はもとより、リスクマネジメント委員会を設置して事例を検証する仕組みを作っています。

**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。		
40	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。	a・b・c
41	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。	a・b・c
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。		
42	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。	a・b・c
43	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。	a・b・c
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
44	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。	a・b・c
45	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・b・c
<p>&lt;評価所見&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>福祉サービスの質の確保については、計画書の作成、記録、実施計画の評価、見直し等については標準的な実施方法が支援実施書に書かれていますが、職員の理解度や利用者の実態を見た場合、十分に読み込まれて現場に活かされているとはいえません。利用者個々のアセスメントに継続性が見られない部分もありました。また、変更後の確認や解決後の定期的確認が不十分な点も見られています。</li> <li>アセスメントに基づいて個別支援計画が立てられています。この個別支援計画書は職員会議にかけて検討されていますが、一人ひとりの計画に十分な時間をかける余裕がなく、職員間の共有も十分ではないと感じている職員が多いようです。その結果、担当職員によってその活かし方に差が見られ、福祉サービスの質の確保としては十分ではない、という自己評価が多くみられています。</li> <li>記録簿の保管については、ファイル基準表によりきちんと管理されています。しかしながら、日々の記録の管理の厳格さには上限がないため、現場の職員は、自らが管理する書類やデジタルデータ等の管理に対して一抹の不安を感じています。管理の実態に即した管理に関する研修を行うなど、現場の職員自らが、記録の管理に対して自信を持てるような環境づくりを望みます。</li> </ul>		

## A-1 利用者の尊重

		第三者評価結果
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・ <b>b</b> ・c
	A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	a・ <b>b</b> ・c
	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・ <b>b</b> ・c
	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。	a・b・ <b>③</b>
A-1-(2) 権利擁護		
	A-1-(2)-① 成年後見制度や日常生活自立支援事業(地域福祉権利擁護事業)の活用を推進している。	a・ <b>b</b> ・c
A-1-(3) 契約内容変更		
	A-1-(3)-① 契約内容変更等の手続きは適正に行われている。	a・ <b>b</b> ・c

## 評価所見

- ・ コミュニケーション手段の確保として補聴器や筆談など聴覚障がいに対しての手段は提供されていますが、視覚障がいや知的障がい、精神障がい等を持つ利用者や、その他の障がいを併せ持つ利用者へのコミュニケーション支援の仕方に対しては不安を抱えながらの対応をしている職員が多いようです。障がいを持ちながらの高齢化もあって、難しい局面ではありますが、職員の不安を払拭し、自信を持って支援できるように各障がいに関する研修をはじめ、各障がいに対する支援方法の職員間の共通認識が必要です。
- ・ 利用者の自主的な活動を支援するために自治会組織があり、職員参加の下に、毎月定例会が持たれ、利用者が主体的に活動しています。また、自治会代表と施設の管理者の話し合いが年2回行われていて、そこで利用者の要求などが提示され、話し合われているとのこと。お酒を飲むときのルールも自分たちで決めて守っています。自分たちで自分たちの生活を作って行こうという姿勢が見られています。施設職員はその活動を支援したり、事柄によっては適切な助言を心がけています。
- ・ 利用者に対するエンパワメント支援プログラムは特に設けていないようですが、エンパワメントは利用者が自分で生活を作っていく、という点で極めて重要な支援の一つです。日々の生活に対するエンパワメント、作業へのモチベーションを高めるためのエンパワメント、金銭管理のための経済観念を助長するためのエンパワメント等々、多くのエンパワメントプログラムが考えられます。施設職員と利用者と一緒に、それらのエンパワメントプログラムを考案し、行動計画を練り上げ、成果を上げて、利用者の自立的生活の底上げを図っていただきたいと思います。
- ・ 成年後見制度や日常生活自立支援事業(地域福祉権利擁護事業)の活用については、利用者自



身の高齢化と家族の高齢化の両方が進行している現状において、そして、基本的人権や権利擁護の観点からも制度の利用を推進する必要があります。職員や家族への制度の周知も必要ですが、利用者本人への周知と利用支援の取り組みも必要です。「利用者自身で自分の権利を守ることができる」ことを知ることはとても大切なことです。

- ・ 権利擁護委員会が設置されています。家族、利用者、第三者委員、施設の役職員により構成され、年に2回、特に虐待防止に向けて提案する等の話し合いが行われています。また、権利擁護に関する理解を深めてもらうために家族会にて説明や意見交換を行っています。昨年は、成年後見制度の講座を設けています。

契約内容が変更される場合は、その都度説明を行い同意書の書面を持って手続きを行っています。

## A-2 日常生活支援

		第三者評価結果
A-2-(1) 食事		
A-2-(1)-①	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。	㉑・b・c
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。	a・㉑・c
A-2-(1)-③	喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	a・㉑・c
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。	a・㉑・c
A-2-(2)-②	入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a・㉑・c
A-2-(2)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a・b・㉑
A-2-(3) 排泄		
A-2-(3)-①	排泄介助は快適に行われている。	a・b・㉑
A-2-(3)-②	トイレは清潔で快適である。	a・b・㉑
A-2-(4) 衣服		
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・㉑・c
A-2-(7) 健康管理		
A-2-(7)-①	日常の健康管理は適切である。	a・㉑・c
A-2-(7)-②	必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a・㉑・c
A-2-(7)-③	内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	a・㉑・c
A-2-(8) 余暇・レクリエーション		
A-2-(8)-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。	a・㉑・c
A-2-(9) 外出・外泊		
A-2-(9)-①	外出は利用者の希望に応じて行われている。	a・㉑・c

A-2-(10) 所持金・預かり金の管理等		
	A-2-(10)-① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	a・ <b>b</b> ・c
	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、利用者の意志や希望が尊重されている。	a・ <b>b</b> ・c
A-2-(11) 通所支援		
	A-2-(11)-① 利用者の個人情報に配慮した通所支援を行っている。	a・ <b>b</b> ・c
A-2-(12) 更衣室		
	A-2-(12)-① 更衣室等の環境は適切である。	a・b・ <b>c</b>
A-2-(13) 自治組織		
	A-2-(13)-① 利用者の自主性と意思が尊重されるような自治のための仕組みがある。	a・ <b>b</b> ・c
A-2-(14) 家族との連携		
	A-2-(14)-① 家族との連携・交流を適切に支援している。	a・ <b>b</b> ・c

#### 評価所見

- ・ 利用者と関係職員が一緒になって栄養相談を行い、栄養サービス実施計画を作成して、健康に配慮した食事が提供されています。利用者が食事係員会議に参加したり、施設によって嗜好調査や残渣調査を実施する等の取り組みも行われています。その結果、食事に関する利用者の反応は極めて良好です。今後も、継続して美味しく楽しい食事が提供されるように期待しています。
- ・ トイレと浴室は古い施設のためか、構造的に快適とはいえません。排泄に対しては失禁処理のための「個室」がないことや、利用者個々の排泄助動マニュアルが整っていないことなどの問題もあり、職員の介護力に大きく頼られています。それ故、職員個々の介護力の差が利用者の満足度を大きく分けています。今回の改築にあたって、仰臥位式トイレには改善が加えられ、利用者のお尻が乗る便座には柔らかい素材が使われて現在よりも快適になるといわれています。
- ・ 入浴については、男性の浴槽にスロープがないことは構造的な欠陥の一つです。
- ・ 健康管理に関しては、日々の保健日誌が記載されていますが健康管理票の整備は不十分のようです。定期検診やインフルエンザの予防接種等は実施されていますが口腔ケアについては職員からも不十分という声があります。利用者の体調の変化に対してはマニュアルに基づいて速やかな対応が心がけられているようですが、夜間等、看護師が不在の場合や急変時の場合、職員により対応に差が出てしまう場合があります。不安の声をあげる職員がいます。職員によって支援の差が生じないよう、職員に対して適切な研修を行い、質の均質化を図っておくことが必要です。通院等は看護師の付き添いが基本とされていますが、シフトの関係上、現場職員が付き添う場面もでています。また、看護職の一部が常勤職員とはなっていないため、看護師不在の時間帯が生じていることに職員は不安を感じながら日々の支援に就いています。医療的ケアが必要な利用者が増えています。このような職員の不安を取り除くためにも、医療的・看護的な支援の質を確保するためにも、人員の確保と定着に全力を尽くしてほしいと思います。
- ・ 預かり金は、家族会が雇用する事務職員の管理サービスを利用しています。また、月に1～2回、金銭出納簿のコピーを利用者本人に提示し、確認して貰っています。新聞・雑誌の購読

やテレビ・ラジオ等の購入は利用者の希望に応じ、その都度、相談に乗っています。

- 自治会組織と家族会組織がそれぞれ設けられています。家族会においては、家族会主催の食事が年1回実施されていますが、参加される家族はほぼ決っており、その上、家族の高齢化もあって、各種行事への参加家族が年々減少しています。しかし、この低調さを時代の趨勢として放置することなく、家族と利用者との関係を維持向上させるためにも、家族との交流を図る手立てを、施設として工夫してください。

### A-3 授産事業

A-3-(1) 授産事業		
A-3-(1)-①	授産事業の活動メニューは希望や特性に応じて選択できるよう努めている。	a・ <b>b</b> ・c
A-3-(1)-②	利用者の状況に合わせた作業支援を行っている。	<b>a</b> ・b・c
A-3-(1)-③	作業環境の整備に努めている。	a・ <b>b</b> ・c

#### 評価所見

- 本人の希望はもとより、利用者の障がい特性を重視した作業種目の選択や作業支援が行われており、その結果の良好さは、利用者の評価からも窺えます。作業環境の整備には担当職員はもとより、利用者自身が環境整備に配慮の眼を持っていることは評価に値します。
- 利用者の高齢化等の事情もあって、車椅子の利用者が年々増加し、作業場が狭くなり、動線が一方通行になってきたという不便さがありますが、施設の建て替え後には広い作業場になり、この問題は改善されることになっています。

### A-4 リスク管理等

A-4-(1) 作業事故対策		
A-4-(1)-①	作業事故への対応に配慮している。	a・ <b>b</b> ・c

#### 評価所見

- 作業時に発生する事故に備えて損害賠償責任保険に加入しています。作業事故における対応については、作業実施書や作業工程表に配慮はされていますが、事故発生後の対応マニュアルが作成されていないことは不安です。事故に会った時や病気になった時、家族へ通知するかどうかの基準もマニュアル化されていません。現場の職員が迷うことなく統一的対応をとれるためにも、これらのマニュアルの作成は必要です。