

福祉サービス第三者評価結果報告書(公表用)

【受審事業所情報】

事業所名称	障害者支援施設 太平
運営法人名称	社会福祉法人 日本ヘレンケラー財団
福祉サービスの種別	施設入所支援事業・生活介護事業・就労継続支援B型事業 他
代表者氏名	理事長 西川 佳夫 施設長 入江 隆
定員	施設入所支援：80名
事業所所在地	〒594-0023 大阪府和泉市伯太町3丁目13-68
電話番号	0725-45-2760
FAX番号	0725-45-2766
ホームページアドレス	http://www.helenkeller.or.jp/taihei.htm
電子メールアドレス	E-mail:taihei@vesta.ocn.ne.jp

【評価機関情報】

第三者評価機関名	特定非営利活動法人 NPOかんなびの丘
大阪府認証番号	270040
評価実施期間	平成23年11月14日 ～ 平成24年6月21日
評価結果決定年月日	平成 24 年 9 月 24 日
評価調査者氏名(役割)	0601B047 (運営管理・専門職委員)
	0601B048 (運営管理・専門職委員)
	0501B110 (運営管理委員)

【評価結果公表に関する事業所の同意の有無】

評価結果公表に関する事業所の同意の有無	有
---------------------	---

第三者評価結果の概要

評価機関総合コメント

当施設は、昭和57年、知的障害者更生施設「太平学園」として開設してより30年目、平成23年度4月から、障害者自立支援法の新体系に基づく「障害者支援施設」として、新たなスタートをきることになりました。一昨年、支援面での不適切さを指摘されたことを契機に、改めて人権や利用者本位といったことの意味を根底から見直し、意識面からも「新生・太平」として意を決しての出直しを図っていかうとされています。歴史ある、さまざまな面で体力のある施設と考えられ、管理者、職員の言葉からも再出発の意気込みが伺えます。

特に評価の高い点

法人みずからが先導旗手となって利用者尊重の理念・姿勢を揺るぐことなく貫かれ、平成22年度から毎年定期的な「生活向上アンケート調査」を実施するとともに、人権擁護に焦点化した職員研修にも全力を注入されています。それを受けて各施設においても、人権への配慮には強い意識をもち、施設内虐待の発生予防のための具体的な取り組みに努め、サービスの質の向上に一際強い関心を寄せているのが伺われます。当施設では、上の調査結果を受け、たとえばトイレをはじめとするハード面の改修や買い物外出の頻度を高めるなどの具体的な対応がなされてきています。また、サービス向上への取り組みが組織的な形で示されているのは『運営適正化委員会』です。特定の職員を委員とするのではなく、敢えてすべての職員が関われる形をとっているところに大きな意味を感じます。取り扱う範囲が広いこともあり、今のところは部会を四つ置いて効率的に運営されています。そこでの検討内容は支援会議や職員会議において共有され、さらなる議論が展開されていくこととなります。

改善を求められる点

運営管理面では、法人主導の側面と施設の自主的運営の部分とが十分整理しきれていない過渡的状況がかしこ見受けられます。また、管理・支援面ともに、マニュアル・手順書など文書化の不十分さが目立ちます。日々の支援サービス上においては、一人ひとりの利用者に向き合い、優れた意識を下敷きにした一定水準以上の実践がなされているにもかかわらず、それら一つひとつについての基本的な考え方が、文書の形で示されていないことが多々認められるのです。たとえば管理面でいうと、どのような方針をもって職員の養成を行なっていくとするのかとか、また、支援の面では、施設としてサービスを提供する際の礎となる”思い（意思）”の表明が形にされていないということなどです。そしてまた、実際に行なってきたことでも、その記録（いつ・どのように）がなければ、実施した証しが確かめられないわけです。新たな取り組みというのではなく、現に考え、実践されていることから、そのまま文書化することが課題であると考えます。

第三者評価に対する事業者のコメント

今回、福祉サービス第三者評価を受審したことにより、施設の課題を具体的に理解することができました。また、施設の長所も確認することができ、職員の励みにもなりました。今後は、評価結果の周知と課題の共有化に努め、施設の一層の改善を進めたいと考えます。

評価細目の第三者評価結果

障がい福祉分野の評価基準

判 断 基 準 項 目	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	
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
I - 1 - (1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a
I - 1 - (2) 理念や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。	a
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
評価機関コメント	
<p>法人の理念は、職員行動規範となる内容で機関紙等に明文化されています。新体系移行に伴ってのパンフレット等の改訂も進んでおり、また、施設の広報紙も復刊されています。この機会に、それらを有効に活かし、施設でのさまざまな日常の実践が、家族や関係者の方々にも、いきいきと分かり易い形で、情報提供されることを期待します。また、職員への周知に関しては、主として年度当初の会議等で行なわれていますが、中途採用者に対する周知については、抜け落ちる可能性がありますので、留意する必要があります。</p>	
I - 2 計画の策定	
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
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
I - 2 - (2) 計画が適切に策定されている。	
I - 2 - (2)-① 計画の策定が組織的に行われている。	b
I - 2 - (2)-② 計画が職員に周知されている。	b
I - 2 - (2)-③ 計画が利用者に周知されている。	c
評価機関コメント	
<p>計画の策定や見直しは法人の施設長会議で行なわれ、10年の期間での施設整備や収支の計画等はありませんが、サービスや人材育成などの面での現状分析や課題の抽出等を加える必要があると考えます。事業計画や報告は、施設のサービスの中身が見えるよう肉付けが必要です。策定・評価・見直しは、各々の係や委員会で行ったうえ、管理者や主任で構成している「運営適正化委員会」で決定されています。職員会議や各棟(グループ)で説明され、またグループウェア上でも表示されています。職員への周知徹底を図るためにも、このような計画の策定や見直し、評価の時期や手順などを、すべて文書化しておくことが大切です。周知については、利用者・家族には自治会、家族会で説明され、不参加の家族には資料が送付されてはいますが、広報紙面から施設のありようがもっといきいきと伝わるよう内容の検討が求められます。</p>	

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。	b
I-3-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	b
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り組みに指導力を発揮している。	b
I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。	a

評価機関コメント

災害や事故等での管理者の役割と責任は明確にされており、それらの文書化は、導入予定の人事考課制度での職務標準明示として検討されています。福祉協会や経営協を通して遵守法令等は把握されており、会議でも説明されています。管理者は、サービスに関わる各種委員会の会議に参画し、助言・指導を行なっています。各委員会の役割等を明示した設置要項や、取り扱う課題を事業計画上で明らかにすることなどが望まれます。法人の会議では、経営や業務の効率化・改善に向けて取り組まれており、施設内でも各管理者の意識形成への精力的な取り組みが伺われます。

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 経営状況の把握	
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。	a
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り組みを行っている。	a
Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	a

評価機関コメント

福祉協会や府社協成人部会等から中央情勢・福祉の動向を把握し、地域に関する情報は市の協議会・連絡会を通して得られています。経営状況の分析は管理者が担っていて、要改善課題については主任・副主任を介して職員会議等で説明、周知が図られています。なお、税理士による監査を年一回実施されています。

Ⅱ-2 人材の確保・養成	
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
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。	c
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。	c
Ⅱ-2-(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	a
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 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	b
Ⅱ-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り組みが行われている。	b
Ⅱ-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
Ⅱ-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。	
Ⅱ-2-(4)-① 実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している。	b
Ⅱ-2-(4)-② 実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。	

評価機関コメント

人事考課制度は、平成24年10月の導入予定で評価者研修を実施中です。就業状況の把握は管理者によって行なわれ社労士がチェックしています。意向の把握は不定期で実施、希望で産業医の利用も可能です。非正規職員の福利厚生事業への加入は今後の課題です。年間研修計画は立てられています。中期計画や年間計画の中で、職員教育・研修等についての基本的な姿勢が明らかにされていません。階層別の研修や人権研修は法人で、サービスに関しては施設で実施されています。事業計画に研修計画を示したり、個々人の研修履歴がまとめられたりすることも必要です。研修担当者を置き、管理者とともに研修の評価・分析、見直し等を行なっているようですが、記録がないため確認できません。OJT推進委員会を置くなど積極姿勢が認められます。実習生の受け入れマニュアルがありますが、基本的な考え方やトラブル・アクシデントへの対応等についても明文化が望まれます。

II-3 安全管理

II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている。

II-3-(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確保のための体制が整備されている。	b
II-3-(1)-②	災害時に対する利用者の安全確保のための取り組みを行っている。	b
II-3-(1)-③	利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。	b

評価機関コメント

避難訓練の終了後などには自治会で議題にあげて話し合われます。個別のリスク状況やそれに応じた対応に関しては、支援計画に記載され共有されています。救命救急普及員の養成も進んでいるようです。災害時の利用者・職員の安否確認方法など、安全確保のためのマニュアルは、現在作成が急がれています。平成24年1月から運営適正化委員会に「ヒヤリハット」の部会を設け、分析や事故防止策の検討を行い、支援会議ではその検証を行っています。

II-4 地域との交流と連携

II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。

II-4-(1)-①	利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	b
II-4-(1)-②	事業所が有する機能を地域に還元している。	b
II-4-(1)-③	ボランティア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。	b

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
II-4-(2)-②	関係機関等との連携が適切に行われている。	b

II-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。

II-4-(3)-①	地域の福祉ニーズを把握している。	a
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

評価機関コメント

施設で催されるイベントなどを地域に案内して交流を図ろうとされていますが、地域との関係やボランティア受け入れ方針などについての基本的な考え方を年間計画にも明示されることが望まれます。家族の要望もあって、昨年から買い物外出を増やすよう努められています。市役所で相談室を受け持つ利点を活かし、ボランティア講座や音楽療法など持てる機能の提供も行なっています。広報紙を家族のみならず地域住民へのPRに有効に活用できるよう内容の検討が望まれます。資料として活用できるよう資源リストを作成することが望ましいと考えます。月例の自立支援協議会には相談室の担当者が出席し、地域における具体的なニーズの把握を可能にしています。

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		
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	利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取り組みを行っている。	a
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。	c
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ている。	b
Ⅲ-1-(2)-②	利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。	
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
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
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。	c

評価機関コメント

法人として年間計画に基づき人権や利用者尊重に関する研修が行なわれています。身体拘束・虐待防止への勉強会などが月1回の運営適正化委員会で持たれ、職員会議やグループ会議において共有化が図られています。各サービスのマニュアルの中での利用者尊重に基づく取り組み内容の明記や、プライバシー保護を主旨とした規定文書類の整備が求められます。毎年、法人としてアンケート調査を実施、満足度を測定して人権に配慮したサービスの提供を志向しておられ、利用者の意見・要望の聴取は自治会も活用され、個人の相談にも随時対応されています。ただ、意見聴取から対応までのプロセス等を示すマニュアル、フローチャートについては、現在準備に取り掛かっている段階です。調査結果を施設として吟味し、課題を明らかにして具体的な改善も図られています。これらの取り組みを事業計画や報告にも盛り込み、組織的な実践であることを示し、対応内容などは記録し活用されることが望まれます。苦情解決の仕組みは法人として整えられホームページにも載せられています。年に1-2回第三者委員が活用されています。

Ⅲ-2 サービスの質の確保

Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取り組みが組織的に行われている。		
Ⅲ-2-(1)-①	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。	c
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ている。	c
Ⅲ-2-(1)-③	課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	
Ⅲ-2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。		
Ⅲ-2-(2)-①	個々のサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	b
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。	b
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。		
Ⅲ-2-(3)-①	利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	b
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。	c
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。	b

評価機関コメント

この受審を契機に、事業計画によった評価実施を可能にする体制整備と、結果の分析による課題の明確化、さらに組織的な共有によって改善計画を策定して、必要に応じた事業計画の見直し等々が求められます。支援マニュアルには、各支援サービスについての基本的な考え方・姿勢が示されていることがまず重要です。標準的な実施方法についての見直しについて、その時期や方法が明確に示されていません。利用者本人や家族の意向を反映する仕組みの明示、見直しされた日付の記載も必要です。支援計画に基づいたサービスが確実に実施できるよう、PCの記録ソフトを導入し様式化され全職員で共有されています。記録はプリントされ、管理者によってチェックされています。文言の標準化や、開示請求にも難無く耐え得る記録であるための「要領」等を用意すること、記録の保管・保存・廃棄などについて定めた「文書管理規定」の整備は、緊急な課題として取り組みが求められます。

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

Ⅲ-3-(1) 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サービス選択に必要な情報を提供している。	b
Ⅲ-3-(1)-②	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。	a

Ⅲ-3-(2) 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	事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	b
-----------	---	---

評価機関コメント

ホームページは現在、分かりやすさをめざして改定作業中です。入所利用の体験は日中一時支援や短期入所事業が活用できます。このようなことをパンフレットやHP、広報紙等でPRされることが望ましいです。要医療ケースなど、対応困難な利用者には、適切な医療機関、他施設を紹介しています。契約書には相談窓口が明記され説明がなされています。契約が終了した場合でも、必要なフォローがなされています。退所者の会など、組織だっでの継続した支援が行えるような仕組みづくりが望まれます。

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

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。	a
Ⅲ-4-(1)-②	利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。	

Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。

Ⅲ-4-(2)-①	サービス実施計画を適切に策定している。	a
Ⅲ-4-(2)-②	定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a

評価機関コメント

支援担当者が素案をあげ、サービス管理責任者を中心に協議の上で作成されています。作成手順や様式、見直し時期等が定められてはいますが、そのことを示した文書があればよいと思います。支援内容の記録はPCを用いられネットワークによって共有可能な状況にあります。支援計画との整合性はサービス管理責任者によってチェックされています。日常生活の支援に当たって、個人々への留意点などが、具体的かつ克明に記載されています。入所支援は6ヶ月、就労継続支援では3ヶ月を見直し時期に設定しています。変更内容は支援会議やグループ会議で説明され、ネットワークによっても確かめることができます。

障害福祉分野のサービス内容基準(付加基準)

判断基準項目		評価結果
A-1 利用者の尊重		
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
A-1-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	a
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
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
A-1-(1)-⑤	体罰や虐待(拘束、暴言、暴力、無視、放置等)の人権侵害の防止策や、万が一に備えての取組が徹底されている。	a
A-1-(1)-⑥	利用者個々のサービス計画が作成され、サービス実施にあたっては利用者の同意が徹底されている。	a
A-1-(1)-⑦	利用者が地域内での自立生活へと移行することについて、情報提供や個別計画の作成など、適切な支援が行われている。	b
A-1-(1)-⑧	家族とは日常的に情報提供、意見交換がなされるとともに、求めに応じてサービス記録を開示する等、サービス内容についての説明を十分に果たしている。	b
A-1-(1)-⑨	自傷他害等については、その原因の究明除去とともに、適切な対応が行える体制がとられている。	a

評価機関コメント

五十音表や絵カードなど、個々の特性に合わせた工夫がなされています。日中活動には自閉症圏の人たちのグループを設け、固有の研修も用意されています。自治会が月1回開催され、担当職員のほか、テーマによって施設長や支援以外の職員も加わります。入所支援利用者の介護の度合いは全体的に高いですが、エンパワメント支援への意識は強く、施設外体験の回数も増えてきています。法人としても規則や規定に明文化し、人権侵害に関する研修には力が注がれています。職場には具体的でわかりやすい内容での掲示があり、不祥事防止に向けての方策について日常的に話し合われています。支援計画は利用者や家族の状況や意向に配慮され、説明し同意を得た書面は保存されています。厳しい現実があるなか、昨年度から「地域移行検討委員会」を設けて模索を始めています。行動障害のある利用者への対応については、医療スタッフの協力も得て専門チームを設け、研鑽し、他の職員にも情報提供されています。自傷他害事象の記録もネットワークにより共有されます。

A-2 日常生活支援		
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。	b
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
A-2-(1)-③	喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	b
2-(2) 入浴		
A-2-(2)-①	入浴は、利用者の障がい程度や介助方法など個人的事情に配慮している。	b
A-2-(2)-②	入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	b
A-1-(2)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a
2-(3) 排泄		
A-2-(3)-①	排泄介助は快適に行われている。	b
A-2-(3)-②	トイレは清潔で快適である。	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
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
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。	a
A-2-(5)-②	理髪店や美容院の利用について配慮している。	a
2-(6) 睡眠		
A-2-(6)-①	安眠できるように配慮している。	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
A-2-(7)-②	必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a
A-2-(7)-③	内服薬・外用薬等の扱いは確実に行なわれている。	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なわれている。	b
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。	b
A-2-(9)-②	外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	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
A-2-(10)-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。	a
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
2-(11) 生活環境の整備	
A-2-(11)-① 一人になれる場所や部屋又は少人数でくつろげる場所や部屋が用意されている。	b
A-2-(11)-② 心地よく生活できる環境への取組がなされている。	b
2-(12) 日中活動支援	
A-2-(12)-① 個別支援計画に基づいて日中活動等に関するさまざまな支援を行っている。	b

評価機関コメント

個別の配慮事項については、アセスメント記録や支援計画、各サービスのマニュアルに具体的に明示されています。現在のマニュアルは介助の手順や個別の留意点が主な内容で、食事や入浴・排泄についての考え方や人権・利用者尊重に配慮した介助上の留意事項と見直しの手順を含めた各々のサービスの基本事項が示されていないのが残念です。雰囲気づくりのためにBGMを流すなどの食事係の工夫が感じられます。浴室、脱衣室などの危険物の点検、てんかん発作の可能性、日々の体調への配慮等々、入浴前に共通認識を持つ『危険予測』の習慣づけに取り組まれることが求められます。介助面については支援計画書に記されており、同性介助の方針が貫かれています。他方、『プライバシー』を柱に据えたマニュアルを別に用意されることが求められます。衣服は利用者の好みや家族の希望が反映されるよう心掛けています。地域の理・美容店を利用し、髪型についても本人の希望に沿えるようにしています。この半年間にはドアの開閉の音を抑えたり、巡回の懐中電灯をやめ間接照明を採用するなど、種々の安眠対策を講じられています。利用者の健康管理、薬の管理と服薬、連携医療機関の手配などについては附設する診療所の看護師が担っています。。新設したボランティア係が軸となり手工芸や陶芸など外部からの講師を招いて取り組まれています。利用者の安全第一で、職員の配置状況などを考慮しながら、可能な限り外出機会の確保に努められています。外出時には、緊急連絡先を明示したカードを携行されています。月に1回は外泊の機会が設けられていますが、利用者や家族の事情を斟酌して延期・中止など柔軟に対応されています。預かり金は、担当者が決められ管理規定に基づいて一括管理されています。家族への報告も定期的になされています。利用者が一人になれる部屋として特別に用意されたものではありませんが、訪問者との面談などには、相談室や会議室が提供されます。生活環境改善へ、近々に改修工事が予定されています。

障害福祉分野のサービス内容基準(付加基準) – 授産施設としての対応

判 断 基 準 項 目		評価結果
B-1 授産施設としての対応		
1-(1) 授産施設としての対応		
B-1-(1)-①	就労に向けて、情報提供や職場実習の実施など、積極的な支援が行われている。	非
B-1-(1)-②	働く場として、個々の障がい程度、特性に合わせた作業内容を用意している。	非
B-1-(1)-③	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。	非
B-1-(1)-④	工賃報酬を引き上げるため積極的な取り組みが行われ、工賃が適正に支払われている。	非
評価機関コメント		

利用者への聞き取り等の結果

調査の概要

調査対象者	全事業 利用者または家族
調査対象者数	アンケート対象：90名 回収：57名（回収率：63.3%）
調査方法	質問紙配布 郵送での回収

利用者への聞き取り等の結果（概要）

施設入所支援の利用者の障害程度は相当に重く、利用者からの直接の聴取は叶いませんでした。利用者アンケートを準備しましたが、法人による定期の「生活向上アンケート」調査と、ほぼ同時期の実施になったこともあってか、回答数は29と若干少なく（法人調査では36）、回答内容にもいくらかその影響が生じたかもしれません。アンケート回答の中で、気になったものを拾い上げてみますと、次のようなものがあります。

- ・ これまでに、いやな思いをしたこと、その例として『無視される』・・・ 6
- ・ 本人が多動で、みんなのところには近寄らせないのが本意・・・ 1
- ・ 食事で、好き嫌いを聞き、メニューを考えてくれるか？
 どちらともいえない・あまりそうでない・いいえ・・・ 10
- ・ 食事は、おいしく楽しく、ゆったりと食べることができるか？
 どちらともいえない・・・ 7
- ・ 粥食であっても、オカズだけは柔らかな形あるものにしてほしい・・・ 1
- ・ 汗をかいたり身体が汚れたときには、シャワーなどを利用できるか？
 どちらともいえない・あまりそうでない・いいえ・・・ 8
- ・ 病気や薬のことなどで相談にのったり、わかりやすく説明してくれますか？
 どちらともいえない・あまりそうでない・いいえ・・・ 7
- ・ 地域の情報をを知ることができたり、行事参加できていますか？
 どちらともいえない・あまりそうでない・いいえ・・・ 10