

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 アテナ平和
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/短期入所事業/就労継続支援B型事業 (特定相談支援事業/地域活動支援センター[生活支援型])
代表者氏名	施設長(館長) 松岡 徹
定員	施設入所支援:30/生活介護:60/短期入所:3/就労継続B:20
事業所所在地	〒545-0003 大阪市阿倍野区美草園3丁目7-2
電話番号	06-6629-2062
FAX番号	06-6629-2063
ホームページアドレス	http://www.athena-heiwa.jp/
電子メールアドレス	info@athena-peace.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かなびの丘
大阪府認証番号	270040
評価実施期間	平成26年8月20日～平成26年8月21日
評価結果決定年月日	平成26年11月20日
評価調査者氏名(役割)	1201B024 (運営管理・専門職委員)
	0601B047 (その他)
	1201B023 (運営管理・専門職委員)

【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

”あたりまえ”を追求し続け、開設8年目を迎えています。これまでの歩みを一切無駄にすることなく、一つひとつ着実に踏み固めていくことを大切にされています。

特筆される取り組みとしては、次のようなものがあります。

① 地域交流、地域貢献への取り組み

施設に併設した喫茶店、喫茶店でのハロウィン行事や、緑地スペースにプールを設置し地域の子どもに提供、地域交流スペースでの落語寄席 などを実施しています。

② 運営適正化委員会の活動

利用者満足度調査、虐待早期発見チェックリスト、支援に関する振り返りシートの作成と活用など、支援面の現状点検と向上への改善策などについて幅広く話し合われています。

③ 施設の現状を写真などを多用して分かりやすく作成したホームページの開設

施設の取り組みや地域を対象とした行事の紹介の他、施設の日々の状況、施設長の声、現場（職員）の声等が掲載されています。

特に評価の高い点

① 家族への情報提供（倫理綱領にある風通しの良い施設づくりの基づいた具体的な取り組み）

利用者の活動状況や行事の他、施設全般の情報を掲載した「ふくろう新聞」を月1回配布し、施設の新鮮な情報を提供しています。また、薬や通院に関する情報を利用者個別に作成し、月1回配布されています。

② エンパワメントに基づく支援

2人1組とした単独外出や小遣い帳の活用等、一人ひとりの持てる力を引き出し、高める取り組みが行われています。

改善を求められる点

① 支援計画と連動した日常生活記録の工夫

支援計画で示したサービスについての実施状況が確認できる記録の工夫が望まれます。

② 入浴や排泄に関するマニュアルの整備等

入浴については、職員配置等で安全面への配慮を行っていますが、プライバシーへの配慮や入浴前のKY活動を取入れた手順書の整備が望まれます。また、排泄に関しては、プライバシーへの配慮の他、尿便の失敗時の対応手順を含むマニュアルの整備が望まれます。

③ 記録の整備

事故報告書をはじめとして、上席者の確認印（サイン）がないものがあります。

第三者評価に対する事業者のコメント

各種規程・マニュアルの整備など、支援の均一化と質の向上、目的や認識の共有、リスクマネジメントについて意識を高めていくためにも取り組まなければならない課題を明確に提示していただいた。一定の基準に基づいて評価していただいているのだと思いますが、自施設ではまだまだ不十分と考えていたところも高評価していただいております。今後も継続してさらに良質なサービス・支援が提供できるように取り組んでいきたいと思っております。事業所としても目標が明確になり、さらに、これまで取り組んできたことについての評価をしていただき、職員もエンパワメントされたのではないかと感謝しております。

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>『人間としての尊厳』をはじめ、利用者本位の視点に立つことを宣言した「理念」には、従来型の福祉に満足せず、“攻める福祉”への強い意思と姿勢が謳われています。</p> <p>基本方針においては、『個性の尊重、共生の街づくりの推進』への役割を担うべきとの考え方が強調されています。</p> <p>理念や基本方針は、職員に文書で配布されています。さらに、形骸化・風化を防ぐためにも『小テスト』の形をとるなどして、随時周知の確認・点検を行ないながら、意識喚起に努めています。</p> <p>家族等には、広報紙を通じて周知されていますが、利用者への伝え方には、一工夫が望まれます。</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。	c
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) 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
Ⅰ-2-(2)-②	事業計画が職員に周知されている。	b
Ⅰ-2-(2)-③	事業計画がや利用者等に周知されている。	b
評価機関コメント		
<p>将来を見つめたイメージは、彼処に語られていますが、具体的で明確な形での「中・長期計画」は、法人または施設としても示されてはいません。</p> <p>各事業部門の「事業計画」は、「経営指針」の趣意に沿って策定されているところから、この指針をより具体化することで「中・長期計画」の体裁が整うものと考えられます。また、いっそう現実味のある計画とするために、数値目標についても検討されることを望みます。</p> <p>事業計画の策定では、「SWOT分析」の手法を用いられていますが、いま一つ有効活用には至っていないのが残念です。</p>		

I - 3 管理者の責任とリーダーシップ

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。	a
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

各種法令をリスト化し配布していますが、それを基にした勉強会等の実施が望めます。
各事業の代表者から成る「運営適正化委員会」を組織して、定期的にサービスの点検を行なうなど、その向上への志向を明確な形にしています。
人事（採用・異動）は法人主導で行われていて、融通性に欠けるものの、パート職員の正規職員への道づけを行なうなど、労働環境の改善に取り組んでいます。

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。	b
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。	c

評価機関コメント

法人全体の経営状況には、常時、注意深く眼差しが注がれています。当施設の経営状態は良好ですが、安定的で良質な人材確保という面では、課題を抱えています。

所属団体や地域のネットワークからの情報などには、敏感に触角を働かせています。今後は、社会福祉の大きな動向といった面での情報収集にも、意識を高めていかれることを望みます。

法人として公認会計士の指導を受けていますが、狭義の「外部監査」と見なすことはできません。

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。	a

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。	a
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。	a
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。	a
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、積極的な取り組みをしている。	b
--	---

評価機関コメント

適正なシステム、適切な運用によって人事考課が行われています。それに対して、職員からの不満の声などは聞かれることはなく、むしろ、フィードバック面接等が職員の士気を高める効果があるとして、プラス評価されています。評価材料の研修履歴等が、個別の研修計画に反映されていないのが残念です。

法人・施設の理念や基本計画には、職員育成に対する確固たる姿勢が示され、さらに、「職員育成指針」「職員のあるべき姿」「職員研修規程」等に具体表記されています。また、法人研修体系に沿った施設の研修計画が掲げられ、特にOJTに力が注がれています。

有給休暇の計画的取得や超過勤務原則ゼロへの努力がなされています。また、相談箱の設置、産業医や外部カウンセラー、「業務相談委員」を置いたり「相談カフェ」を開いたり、職員の声を適時に反映する「改善策提案」制度等々、数々の興味深い試みが行われています。

基本方針の「施設の使命」の項に、実習生についての基本的な考え方を盛り込まれることが望まれます。

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。	a
II-3-(1)-②	災害時に対する利用者の安全確保のための取組みを行っている。	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		
<p>利用者の特性に鑑みて、対応マニュアル・体制の整備、「事故発生防止委員会」の設置等、不測の事態への備えには、万全を期しています。健康管理面では、必要な利用者情報を一元化した『管理票』が整えられ、特に充実しています。</p> <p>法人レベルで、災害時の安否確認や対応体制、備蓄整備などが確立しています。ただ、大きな活断層に挟まれているという立地条件をどのように捉え、対策を講じていくのかについての取り組みを期待します。</p> <p>ヒヤリハット報告の様式は簡潔な記述を求めるもので適切です。事故発生防止委員会で集約されていますが、安全性向上のための貴重な材料として、検討分析作業の定期的な実施が望まれます。</p>		

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。	c
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。	a
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。	b
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。	a

評価機関コメント		
<p>「地域交流と地域福祉の推進」を施設の重点目標に置いていて、『喫茶ルーム』はその象徴と言えます。</p> <p>施設独自の多彩な企画行事には、多くの近隣住民が訪れてきます。また、地元の行事には、保有物品を提供するなどして協力を惜しみません。</p> <p>ボランティアの受け入れについては、基本姿勢や受け入れの手順などを示したのも見られません。施設にも利用者にとっても益のあるボランティアの導入を、前向きに検討されることを望みます。</p> <p>関係機関との連携では、所属団体の会合には必ず出席し、行事・研修・震災対策等共通課題での協働に努めています。</p> <p>これまでのところ、他法人が運営する事業所等の利用はありませんが、個々のニーズ・状況に見合った柔軟な判断で、利用者の利益を第一義的に考えています。</p> <p>現在、ショートステイ、相談支援事業を実施していて、ニーズの把握にも役立っています。必要とあらば、新たな事業への取り組みも視野に入っています。</p>		

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。	a
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り組みを行なっている。	b
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。	a
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。	a
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

評価機関コメント

利用者尊重については理念や基本方針に明示し、研修等で職員の共通理解に努めています。利用者満足の向上を目指して運営適正化委員会を設置し、利用者アンケートや聞き取りを行っています。今年度は特に利用者の要望が高い外出について、職員の付添い等工夫して改善に取り組んでいます。法人で実施のアンケート調査結果についても、改善に向けた取り組みが望まれます。苦情解決の体制は確立し、結果は事業報告に記載しています。また、利用者及び家族からの相談や意見についても「苦情解決制度の流れの概要」に手順を示し、玄関ホールに掲示しています。苦情や意見等は毎月開催する運営適正化委員会で分析・改善に向けた検討をしています。集約、分析し改善に向けた検討結果を、今後に活かすためにも、会議録から分離して別ファイルにすることを提案します。

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。	a
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
Ⅲ-2-(2) 提供する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。	a
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
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。	a
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

評価機関コメント

今回の受審は2回目です。運営適正化委員会を設置し、主に支援に関する「振り返りシート」を作成して、自己評価を実施しています。集約、分析した結果はグループワークで検討し、改善に取り組んでいます。こうした取り組みの目的等を事業計画で明確にし、結果や課題など事業報告に示す等、組織としての取り組みと全職員の共通理解に繋げ、さらに充実することが期待されます。

各種マニュアルを整備し、見直しも行っていますが、担当者や見直しの時期等を明確にし、改定した場合にはその日付を記載する等して、組織のマニュアルにすることが望まれます。

記録の管理体制を整備し、個人情報と情報開示の観点から、記録の管理についての研修を今年度予定しています。サービス実施状況の記録はPCに入力し、記録の内容や書き方は必要に応じて都度指導し、差異が生じないようにしています。

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。	a
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

公開しているホームページには、施設での利用者の活動や行事の様子を写真を多用して分かりやすく掲載しています。また、併設している喫茶店にパンフレットや利用に関する資料を常設し、情報を提供しています。

利用者への説明と同意は、サービス管理責任者が担当しています。他のサービスが望ましい場合や退所にあたっては、同建物内に設置している相談支援事業に引き継ぎ、必要な手続きを行っています。引継ぎの手順を文書化し、その記録を残すことが望まれます。

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-(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。	b

評価機関コメント

アセスメント、個別支援計画は手順に沿って策定し、6カ月毎及び必要に応じて随時見直しを行っています。利用者の状況に応じた支援は、職員ミーティングやスタッフ会議で検討しています。こうした検討と支援計画が連動するような仕組みが望まれます。

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。	b
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。	a
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。	b

評価機関コメント

コミュニケーション手段は、絵や文字、写真等個別の障がい状況に応じて活用しています。利用者自治会を設置し、主に余暇活動について話合っています。余暇活動の他、施設長等施設の管理者と施設での生活等について話合う機会にも活用することが望まれます。昨年度『知的障がいの人の意思決定支援について』の研修を実施し、支援について学んでいます。

エンパワメントの理念に基づいた支援は、施設方針に明示し、外出の機会を利用した交通機関の利用や買物等について、個別支援計画で具体的な取組みを行っています。

人権侵害の防止については、「職員心構え」に明示し、スタッフ会議で不適切な支援について検討しています。また、「虐待早期発見チェックリスト」を作成し、各職員が自己チェックを行う等防止に向けて積極的に取組んでいます。

自傷他害に向けて、「身体拘束廃止指針」「行動制限マニュアル」を策定し、定義と各職種別の役割を定め、適切な対応が行える体制をとっています。

個別支援計画を策定し、同意を得ています。支援計画で示された支援についての実施記録が確認できるよう工夫が望まれます。

地域生活への移行は、障がい状況に対応したホームの確保や家族の同意を得ることに難しさはありますが、支援計画作成時や折に触れて、利用者や家族へ情報提供や説明をしています。

年2回発行の広報紙「ふく朗くん」や月1回発行の「ふくろう新聞」を、利用者、家族に配布し、施設の情報や利用者の活動等の情報を提供しています。

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。	a
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
A-2-(1)-③	喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	a

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。	a
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。	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
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。	b
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。	a
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。	a
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。	a

評価機関コメント

日常生活動作についてのアセスメントを実施し、必要な支援や食事の形態等を個別支援計画で具体的に示しています。

食事に関する聞き取りとアンケートによる調査を実施し、給食委員会で検討しています。また、利用者満足度調査でも意見を聴取し、食事内容に反映しています。

入浴や排泄についても、プライバシーへの配慮や支援の基本的な考え方等を含めたマニュアルを用意し、職員が共通した支援を行える取組が望まれます。

整容全般については、清潔を保つことを基本として、利用者の好みを大切にしています。理容師が定期的に訪問していますが、地域の理・美容店利用の希望に沿って、支援しています。女性の化粧についても対応する等、個別に細やかな対応を行っています。

日常の健康管理は看護師が担当しています。健康台帳の他、健康診断個人票や予防接種記録、定期的に測定する体重やBMI血圧、白癬等を記録した体調チェック表を整備し、積極的に健康管理に努めています。こうした情報は職員が共有する他、家族へも提供しています。利用者が使用している薬は看護師が管理していますが、その情報は個別シートに記載し、職員が確認できるようにしています。また、家族へは「通院・お薬に関するお知らせ」を個別に作成し、月1回配布しています。

余暇、外出、外泊は利用者（及び、必要に応じて家族）の希望に沿って行い、余暇活動ではボランティアの協力も得ています。

利用者の部屋は全室個室で、テレビやビデオの設置、置物など利用者の気持ちを大切にしています。

日中活動は、法人内の生活介護事業を利用する他、プログラム化した日中活動を提供しています。プログラムは、利用者の希望に沿いながら、創作や身体活動等療育的な活動を提供し、精神的な安定を図っています。

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。	b
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。	a
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。	b
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。	a
評価機関コメント		
<p>一般就労に向けた支援への準備性は有していますが、現に対象となる利用者はいません。</p> <p>就労姿勢の醸成を支援の軸に据え、利用者に多様な選択肢を用意できるよう、工夫・努力がなされています。利用者には、定期的に業務実績を報告し、工賃は、出席日数を基本にした分かり易い基準をベースにしています。</p> <p>現在の工賃は、標準的なレベル以上にありますが、利用者への一層高い還元をめざして、作業開拓や営業活動には、多大な力を注がれています。</p>		