

様式 1

福祉サービス第三者評価結果報告書 【障がい福祉分野】

【受審施設・事業所情報】

事業所名称	地域生活支援センター 各駅停車	
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	生活介護/就労継続支援B型/共同生活援助/居宅介護等	
代表者氏名	五百藏 敏之	
定員（利用人数）	生活介護 60 共同生活援助 41	就労継続支援B型 10 居宅介護等 35
事業所所在地	〒 545-0021 大阪市阿倍野区阪南町3-35-2	
電話番号	06 - 6629 - 7778	
FAX番号	06 - 6621 - 5575	
ホームページアドレス	http://helenkeller.jp/publics/index/85/	
電子メールアドレス	kakueki@nh-k.jp	
事業開始年月日	平成18年10月1日	
職員・従業員数※	正規 17 名	非正規 71 名
専門職員※	<ul style="list-style-type: none"> ・介護福祉士：13名 ・精神保健福祉士：1名 ・保育士：3名(うち介護福祉士兼1名) ・社会福祉主事：7名(うち介護福祉士兼3名) ・看護師：2名 ・介護職員基礎研修：1名 	
施設・設備の概要※	[居室]	
	[設備等]	

※印の項目については、定義等を最終頁に記載しています。

【第三者評価の受審状況】

受審回数	0 回
前回の受審時期	- 年度

【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
---------------------	---

【理念・基本方針】

利用者本位の視点に立って「人間としての尊厳」「自己決定の尊重」「社会の一員としての自覚」「生き甲斐と働き甲斐の持てる生活」を柱とし、一人一人のニーズに即した支援を心がけます。また、地域福祉のネットワークの核としての役割を自覚し、地域福祉の実現に積極的に貢献し、守る福祉でなく、常に利用者のニーズに応えていけるよう、絶えず先駆的事業に取り組みます。職員にあっては、キャリアアップを図り、働き甲斐の持てる職場環境の整備、優秀な人材の育成に努めます。

【施設・事業所の特徴的な取組】

小規模多機能施設においては、就労継続支援B型事業として、一般就労が困難な障がいのある人に、パン作りを中心に就労の機会を提供し、生産活動やパン作りの知識と能力の向上に必要な訓練を行ない、また、生活介護事業として、常時介護を必要とする障がいのある人に、積極的に「さをり織」を中心に、生産活動の機会を提供し、社会参加を促しています。

【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27年10月27日～平成27年10月29日
評価決定年月日	平成28年1月30日
評価調査者（役割）	1201B024（運営管理・専門職委員） 0501B110（運営管理・専門職委員） （ ） （ ） （ ）

【総評】

◆評価機関総合コメント

地域生活支援センター「各駅停車」は、障がい者の地域生活をサポートするための、共同生活援助、生活介護、就労継続B型、居宅介護・移動支援等の事業を行う、四つの事業所で構成されています。

①共同生活援助事業（グループホーム「アテナ」）では、男性7ホーム、女性3ホームに約40名が支援を受け生活されています。②小規模多機能型事業所（シルフ）では、パンの製造販売を主にした就労継続B型と、さをり織を軸にした生活介護の両事業を実施、③生活介護事業のみを行う事業所（一丁目）では、創作活動やレクリエーション、外出等が行われています。また、④居宅介護・同行援護・重度訪問介護・移動支援の四つの事業を行うヘルパーステーション（最寄駅）は、センターにその拠点を置いています。

同センターを運営法人は、主に大阪市の南部区域において多くの障がい者福祉事業所を展開しています。訓練・支援活動や各種事業を通じ地域との良好な関係を築くことこそが、障がい者福祉の根幹と位置づけ、職員に対しても「ブランド意識」の植えつけに注力されています。

◆特に評価の高い点

① 地域との良好な関係性

多機能事業所では、店舗を構え生産物（パン・クッキーや織物製品）を販売したり、求めに応じて配達もし、また地域行事への出店もあります。生活介護事業所の諸活動でも定期的な外出が生まれ、公共交通機関の利用や近隣との日常的な関わりもあり、地域との関係は良好です。

② リスクマネジメントへの取組み

作成されている「事故・ひやりはっと報告基準」は、レベルを6段階に設定し、各レベルに該当する内容・状況を具体的に示し、報告書の作成とレベルに応じた報告先を示す等報告手順を明確にしています。また、利用者送迎等車の使用頻度が高いため「自動車事故・ひやりはっと報告基準」を作成し、同様に手順を明確にしています。

発生した場合には、報告や対策会議の開催、再発防止策の検討に取組み、職員の共有化と再発防止に向けています。

◆改善を求められる点

① 計画策定過程での職員の参画

中長期のビジョンや単年度計画などではサービス内容等について具体性に乏しく、また、それらの検討のプロセスが記録に残されてもおらず、職員が参画している状況が伺えません。できるだけ多くの職員が関与し、「自分(たち)のプラン」との意識が持てるものにしてください。

② アセスメント・個別支援計画書作成に係る利用者・家族同意を含めた手順書の策定

アセスメントは、利用者の心身の状況や生活状況等を把握し、利用者のどのような支援実施上のニーズがあるかを明らかにすることを目的とします。アセスメントによって把握した支援のニーズは、個別支援計画を作成する基本となる重要なプロセスです。アセスメントから個別支援計画の覚醒、利用者（及び必要に応じて家族）の同意を得る方法、支援の評価・見直しに至る手順を組織として定めることが求められます。

③ 就労事業所での労働安全衛生に関するマニュアルの整備

住宅を改修した建物であり、十分な作業や通路のスペースを確保することが困難な状況です。また、パン製造に必要な機器類が設置されています。こうした状況に対して、支援員の適切な配置や通路を移動する際の互いの声掛けを徹底しています。また、包丁の使用や鉄板の扱う時には常に支援員が注視し、必要に応じて声掛けや助言を行う等安全確保に取り組んでいます。こうした取組みを整理、文書化して労働安全衛生に関するマニュアルを整備し、リスク管理に繋げることが望まれます。

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

グループホーム・日中事業所・ヘルパー派遣事業所が総合的に連携して、ご利用者の地域生活を支えていくために、地域生活支援センター『各駅停車』という名称でH22年4月にセンター化されました。

今回の第三者評価の受審結果を真摯に受け止め、ご利用者にとって居心地の良い空間を提供出来るよう、ご指摘いただいた課題に向き合っていきます。また、好評をいただいた「運営適正化委員会」の実施内容や、地域との良好な関係性についてはより一層の向上を図り、地域に根付いた透明感のある事業所となれるよう取り組んでまいります。

◆第三者評価結果

- ・別紙「第三者評価結果」を参照

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

		評価結果
I - 1 理念・基本方針		
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。	b
(コメント)	<p>■ 四事業所それぞれの理念は、[グループホーム・アテナ]『重度の人も地域で暮らす』/[通所シルフ]『一人ひとりの個性を大切に、やり甲斐のある日々』/[生活介護一丁目・二丁目]『①笑顔②その人らしさ③共生・結びつき④コミュニケーション・・・四つの”大切に”宣言』/[ヘルパーステーション最寄駅]『地域で生活継続を!』。</p> <p>■ 理念や基本方針、職員行動規範等については、毎年度当初に「地域生活支援センター<各駅停車>経営指針」として、あらためて確認し、周知を図ろうと努められてはいますが、個々の職員の意識がいま一步のようです。</p> <p>■ 年度の初めだけではなく、職員会議前には必ず全員で「基本方針」を唱和するなどして、徹底を図っていくことが望まれます。</p>	

		評価結果
I - 2 経営状況の把握		
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。	b
(コメント)	<p>■ 法人は、障がい者のみならず、障がい児や救護の施設、さらには、高齢者分野にまで進出しており、社会福祉全体の情報把握は、容易な状況にあり、周辺地域の福祉計画にも敏感に対応されています。</p> <p>■ それぞれの事業所の経営状況の関わる数字などは、毎月の「センター会議」に持ち寄り、共有されています。</p> <p>■ 幹部職員だけではなく、職員一人ひとりが経営に関心を示すよう、多角的な工夫が望まれます。</p>	
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。	b
(コメント)	<p>■ 法人に人事部門が新設され、ようやく人事・労務面での課題を集約的に分析・検討する体制が築かれました。</p> <p>■ 職員に対しては、大まかな財務状況は示されていますが、資料の配付にとどまり、内容の説明など職員の関心を喚起するに十分な取り組みまではなされていません。</p> <p>■ 人事異動によって、法人内施設間の差異に気づかされ、課題発見や必要な取り組みへの意識が目覚めたという例があるようです。効果的な定期異動について話し合われることが望まれます。</p>	

I-3 事業計画の策定

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。

c

(コメント)

■法人として、経営面での計画は一定策定されていますが、支援内容や事業所の運営面における長期的なビジョンは語られていません。ニーズ動向などから、サービスの方向性を眺望するような中・長期計画が求められます。
 ■さらなる「支援力の向上」や、「建設的な意思表示（提案）」の活発化が必要！との職員の声があります。実践現場からの具体的な意見吸収の仕組みを構築されることが望まれます。

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。

c

(コメント)

■単年度の事業計画は簡潔に過ぎ、概して抽象的で、目指すところのイメージを描けるまでには至りません。前年度の結果を丁寧に分析し、適切に評価したうえで作成されたものかどうかが疑問です。
 ■中長期計画の中身が経営面偏重であるために、事業所レベルの単年度計画との関連性を見つけることができません。現場サイドからの中・長期計画提案を求めます。

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。

c

(コメント)

■事業計画書は、各事業所において話し合わせ作成されているとのことですが、結果としての「事業計画書」（A4一葉）があるだけで、そこに至るまでの話し合いの内容等のプロセスが確認できません。
 ■すべての（あるいは、ほとんどの）職員が、一定の定めに沿って、計画作成に参画する仕組みがあれば、周知徹底や理解のために特別なエネルギーを注ぐ必要もありません。
 ■単に、理事会用の資料作成ではなく、実質的な中身のある「事業計画」を、全職員の参画の下で練り上げていくあり方を求めたいと思います。

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。

b

(コメント)

■B型や生活介護の事業所においては家族会があり、利用者や家族に対して、事業計画を噛み砕いた形で伝える努力がなされています。

		評価結果
I - 4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組		
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。	b
(コメント)	■家族アンケートを基にするなどして、毎年一回は「運営適正化委員会」を通じて自己評価を行っていますが、PDCAサイクルに基づくような取り組みには至っていません。	
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。	b
(コメント)	■運営適正化委員会で扱われた内容は文書として残され、センターとして共有化し、ことによっては研修という形でも取り上げられていますが、組織だって十分な分析・評価はなされていません。せっかく設けられた委員会ですから、より有効に機能させるよう、体制強化を図られることを望みます。	

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

		評価結果
Ⅱ - 1 管理者の責任とリーダーシップ		
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。	b
(コメント)	■現実に管理業務がなされていることは伺えますが、方針や役割に関して、他者への発信が乏しいように思われます。 ■管理者の役割・責任等については、職務分掌において図示されていますが、その具体的な説明がなされていません。有事の際の役割や責任を含めて、明記されることが望まれます。	
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。	b
(コメント)	■特にB型事業所においては、食品の製造や販売に携わっている関係で、遵守法令が多岐にわたることになります。法令や諸制度の改変等には常に鋭敏であり、迅速かつ適切な対応が取れるよう、職員への周知徹底はもとより、さらなる体制の整備や積極的な取り組みが望まれます。	
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。	b
(コメント)	■利用者等へのアンケート調査や、職員との定期的な面接を通じて、意見聴取が行われています。「運営適正化委員会」が有効に機能するよう、随時モニターされることが望まれます。	
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。	b
(コメント)	■管理者は、法人とも積極的に向き合いながら、可能な限り運営面での質的向上に取り組まれています。	

II-2 福祉人材の確保・育成

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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■事業所運営に最低限必要な資格者（サービス管理責任者等）についての計画的な育成はなされています。 ■正規職員採用は法人として実施されます。非正規職員の採用については、事業所で行っていますが、計画的な実施にはなっていません。 ■B型事業所など、専門的な技能を有する人材については、今のところ滞りなく確保されていますが、グループホームの世話人の確保は必ずしも容易ではなく、今後の展開とも関わってくる課題となっています。 	
II-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■基本的な労務管理は法人で行われ、各事業所にはその機能を果たす「部門」はありません。 ■一定の基準に基づいての評価がなされていますが、給与反映は（+）査定のみで行われています。 ■主任や部長級への昇格については、規程による試験によって行われていますが、異動に関しては明確な定めがありません。 ■勤怠管理は、タイムカードで行われていますが、26年末から、超過勤務を減らす対策として、タイムカードより優先される「労働時間内規」が設けられました。 	

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り組んでいる。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■定期的な面接の機会を持ち、有給休暇の積極的取得を促すなど、ライフワークバランスへの配慮を進めています。 ■施設使用についての内規を設け、勤務時間外の不必要な所在を制限するなどの工夫によって、業務の効率化と時間外勤務の解消を図っています。 ■宿泊を伴った福利厚生事業が実施されています。 	

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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■職員全員が「目標シート」を作成し、それを基に中間期と年度末に面接（評価）が行われています。 	
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■理念・基本方針に沿って、法人としての（『ブランド・スタッフ』）「事故防止」「メンバーシップ」「メンタルヘルス」「制度・サービス動向」などの研修が行われていますが、定期的な“見直し”の様子がうかがえません。次なる計画に反映させるためにも、各々の研修の効果測定や評価を十分に行われることが求められます。 	
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■法人としては、各職責に応じた体系的な研修が実施されています。 ■「資格取得支援基準」の内規を設け、資格取得への支援を行っています。 ■外部研修に関する情報の提供がより適切に行われていくために、各事業所ごとにも研修担当を設けるなど、事業体（センター）としての仕組みが望まれます。 	

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。
(コメント)	<p>■通所事業所においては、保育士養成の専門学校からの実習生を受け入れていますが、事業計画書にも、実習生受け入れに関する基本姿勢は掲げられていません。また、マニュアルや、具体的な指導プログラムも確認できませんでした。</p> <p>■福祉専門職の育成は、法人・事業所としての重要な役割の一つと位置づけ、実習生等の受け入れに関するマニュアルを整え、実情に合った範囲での、積極的な取組みが求められます。</p>
	c

		評価結果
II-3 運営の透明性の確保		
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。	a
(コメント)	■法人のホームページにおいては、経営状況、各事業所の理念や基本方針、サービスの内容等が紹介されています。	
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。	b
(コメント)	■透明性の高い経営・運営のためへの努力がなされています。	

		評価結果
II-4 地域との交流、地域貢献		
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。	b
(コメント)	<p>■事業活動の生産物（パンやクッキー、手芸品等）を店舗を構えて販売したり、求めに応じて配達し、また、地域の行事に出店もしています。</p> <p>■近隣との日常的な関わりがあり、防災訓練などでも、近隣住民とのつながりも持っています。</p> <p>■通所事業所の活動では定期的な外出が組まれ、公共交通機関も利用されています。</p>	
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。	b
(コメント)	■単発的ですが受け入れはあり、「ボランティア受け入れマニュアル」が用意されています。	
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。	b
(コメント)	■区役所、区社協、就業・センター、ハローワーク、府社協セルフ等々の機関・団体とのネットワークが形成され、連携も図られて、実質的な成果物（「身障トイレマップ」）を生み出したりもしています。	

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 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	b
(コメント)	■所有する資源・機能は、区社協が作成した「資源ファイル」に掲載され、有効に利用されています。
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。	b
(コメント)	■地域のイベントに参加し、さまざまなお手伝いや清掃活動を行っています。

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

		評価結果
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。		b
(コメント)	<p>■法人及び地域生活支援センター「各駅停車」作成の運営指針や職員行動指針に具体的に明示しています。</p> <p>■センターで設置の運営適正化委員会が職員姿勢、業務及び接客を含めた「虐待防止チェックリスト」を作成しています。虐待防止チェックリストの活用は、振り返りシートとして期間目標を設定し、自己チェックを実施しています。この取組みは今年度より行っていますので、目的や実施方法、実施時期、結果の分析及び取組みの評価を行う等、その仕組みを整備すると共に、職員研修、勉強会等でその活用が期待されます。</p> <p>■個々のサービスの標準的な実施方法は一部の事業所で作成していますので、それを参考にして他の事業所でも作成することが望まれます。</p>	
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。		b
(コメント)	<p>■プライバシー保護、虐待防止については業務規則に示し、不適切な事案に対しては法人で賞罰委員会を開催することとしています。業務規則を基にして、誰もが共通して理解できる具体的な内容と共に、不適切な事案が生じた場合の対応手順を明確にすることが望まれます。</p> <p>■利用者や家族に向けたプライバシー保護と権利擁護に関する取組みは、契約時に説明をしています。さらに周知を図り、継続した取組みとして、今年度実施予定の利用者満足度アンケート等を活用することを提案します。</p> <p>■センター内の一部の事業所で、個々のサービスの標準的な実施方法に利用者のプライバシー保護等権利擁護に向けた配慮事項を盛り込んで作成していますので、それを参考にして他の事業所でも作成することが望まれます。</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。		b
(コメント)	<p>■理念や運営指針、実施する福祉サービスの内容や特性等の紹介はパンフレットやホームページで行っています。法人でホームページ担当者会議を設置し、見直しや更新に取組み、積極的に適切な情報を提供しています。</p> <p>■パンフレットは、写真等を活用して分かり易い内容に配慮しています。グループホーム「アテナ」のパンフレットは、文字、写真の他、ケアホームでの生活やその経費等をQ&Aで説明し、利用者や家族が分かり易い内容にしています。見学、体験利用は希望に沿って対応しています。こうした対応をパンフレット等にも掲載することを提案します。</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。	b
(コメント)	<p>■契約や重要事項説明の際に、サービスの開始、変更時について対象者に応じた話し方や資料を用いて説明しています。</p> <p>■意思決定が困難な利用者を始め家族の状況に応じた説明を行うことを含めて、センターとして同意を得るまでの過程をルール化した手順等を作成していません。全職員が同じ手順・内容で行えるよう手順書の策定が求められます。</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。	b
(コメント)	<p>■就労事業所から一般就労、ケアホームから一人暮らしや高齢者グループホーム等一人ひとりの状況に応じたサービスの変更に取組んでいます。変更にあたっては、就業・生活支援事業所や相談支援事業所に繋げ、利用者の不利益が生じないように配慮しています。こうした各事業所毎の取組みを、個人情報第三者提供に係る本人同意を含めた手順書として策定し、組織としての取組みとすることが求められます。</p>	
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上向上に努めている。		
Ⅲ-1-(3)-①	利用者満足の上向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	b
(コメント)	<p>■利用者及び必要に応じて家族に向けた満足度調査は、4年前に法人全体で実施していますが、継続されていません。今年度よりセンターで設置の運営適正化委員会による満足度調査の実施に向けて準備しています。今後の満足度調査の結果活用と継続に期待されます。</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。	b
(コメント)	<p>■苦情解決の仕組みを整備し、説明した掲示物を掲示すると共に、重要事項説明書に記載して、契約時や家族会で説明しています。苦情内容は適切に記録して保管すると共に、必要に応じて法人のホームページで公表しています。また、業務規則にも、要望や苦情については、管理者への速やかな報告と対応について示しています。</p> <p>■利用者や家族からの苦情に加えて、ケアホームでは利用者の言動等に関する近隣住民からの苦情、通所事業所では送迎時の駐停車に関する苦情があり、都度丁寧に対応していることが記録から確認できました。</p> <p>■苦情記入カードの配布やアンケートを実施する等、さらに苦情を申し出しやすい工夫によって、苦情に対応する積極的な取組みが望まれます。</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。	b
(コメント)	<p>■苦情と共に重要事項説明書に記載して、契約時に説明しています。</p> <p>■通所事業所では、家族会での聞き取りに加えて、連絡帳を介して日々家族の意見や要望を聴取し、迅速な対応を行っています。ケアホームでは、担当職員が訪問して意見や要望を聞き取る他、携帯電話番号を知らせており、常時連絡を受けられるようにしています。こうした取組みを説明した文書を作成し、配付することが望まれます。</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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■相談や意見の聴取等その仕組みは苦情解決体制に沿って取組んでいます。 ■利用者や家族、近隣住民からの意見・要望は各事業所長からセンター長、必要に応じて法人全体の会議に報告、検討し、改善に向けて取組んでいます。家族の日常的な相談や要望等の聴取に活用されている家族との連絡帳の目的を明確にし、さらに連絡帳の有効活用が望まれます。 	

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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■センターで設置の運営適正化委員会の1つの業務として取組んでいます。 ■事故、ひやりはっりに係る事例の発生時には、策定している「事故・ひやりはっり処理手順」「事故・ひやりはっり報告基準」「自動車事故・ひやりはっり報告基準」に基づいて速やかな対応と報告を行うことにしています。 ■「事故・ひやりはっり報告基準」はレベルを6段階に分け、具体的な内容で活用しやすい工夫をすると共に発生時から対策会議・再発防止策の周知に至る一連の手順を明確にしています。またOJT研修で「緊急時対応ロールプレイ」を行っています。 ■収集した事例は月1回の職員会議で報告し、職員の共通認識と改善・再発防止策に繋げています。この取組みは平成27年度に見直し、効果を得ていますので、今後も、事故防止等の安全確保に向けた取組みの実施状況や実効性について、定期的な評価・見直しを提案します。 	
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。	b
(コメント)	<p>各事業所に職員の業務分担として担当者を配置し、その役割を明確にしています。感染症の発生時の対応は文書化して掲示すると共に、日々の掃除や消毒等職員業務として予防に取組んでいます。こうした取組みの実施状況や実効性について評価・見直しを定期的に行うことを提案します。</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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■各事業所に職員の業務分担として担当者を配置し、災害時の対応マニュアルを策定しています。特にケアホーム事業所では火災発生時対応やガス漏れ発生時等のマニュアルを策定して、災害予防と共に利用者及び世話人、夜間支援員が初期対応できるようにしています。 ■備蓄は3日分の食料や水、救急セットを備えています。 ■防災計画を整備し、地域の防災訓練に参加しています。 ■通所事業所では車での送迎を実施していますので、地震発生等事前に予見できない災害時の対応や利用者が在宅中の安否確認等についても策定することが望まれます。 	

評価結果

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■各事業毎に利用者の障がいや特性に応じた支援のマニュアルを整備しています。特に、グループホーム事業所では、事業所として実施する支援に関する標準的なマニュアルはその支援の意義・目的や配慮事項を明確にしています。 ■マニュアルは必要に応じて見直していますが、支援の実効性等について評価・見直しを行う仕組みが望まれます。 	

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。	b
(コメント)	<p>■マニュアルの見直しは、日々の業務終了前の会議等で、利用者の状況等をこまめに振り返ることでマニュアルの充実を図っています。定期的な見直しは年1回行っていることをヒアリングで確認しました。改定日を記録し、こうした取組みを文書化して、組織的に実施できるよう仕組みを定めることが望まれます。</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的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	b
(コメント)	<p>■個別支援計画書は各事業所に配置しているサービス管理責任者が策定しています。計画書には利用者及び家族から聴取した具体的なニーズを明示しています。医療的ケアや身体、自閉等の障がいに応じて、家族や医師の助言を反映して策定しています。計画書に基づいた支援の実施状況の把握は「提供記録表」の確認や事業所毎の会議で行っています。</p> <p>■アセスメントは、グループホーム事業所では、事業所職員が行っていますが、他の事業所では定められた「個人票」に家族が記載し、それをアセスメント表として活用しています。家族が記載する個人票とは別途にアセスメントの実施が望まれます。アセスメントは、利用者の身体的状況や生活状況等を把握し、利用者のどのような支援実施上のニーズがあるかを明らかにすることを目的とします。利用者の状況を正確に把握し、ニーズを明らかにすることは、個別支援計画書を作成する基本となる重要なプロセスです。アセスメントから個別支援計画書の作成、利用者（及び必要に応じて家族）の同意を得る方法、支援の実施、評価・見直しに至るプロセスを組織として定めることが求められます。</p>	

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。	c
(コメント)	<p>個別支援計画の評価・見直しは6ヶ月毎に行っています。個別支援計画の評価・見直しは、事業所で実施している支援方法にも反映しています。上記項目同様、作成手順書に見直しの時期、ケース会議への参加職員、利用者（及び必要に応じて家族）の意向把握と同意を得る手順を明確にすることが求められます。</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)-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、職員間で共有化されている。	b
(コメント)	<p>■支援実施状況は「提供記録表」に記載しています。記録要領は策定していませんが、各事業所の長が日々確認し、必要な助言を都度行っています。</p> <p>■利用者の日々の状況は、朝、夕の職員ミーティングで共有すると共に、その記録と「提供記録表」は各事業所で保管し、センター長は事業所巡回時に記録を閲覧・確認しています。</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。	a
(コメント)	<p>■個人情報保護規程に記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関する規程を定めています。重要事項説明書に記載し、その説明は契約時に行っています。</p> <p>■運営指針に利用者に関する記録の管理規定を盛り込む等全職員が共通して理解できる取組みを提案します。</p>	

障がい福祉分野の内容評価基準

		評価結果
A-1 利用者の尊重		
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。	b
(コメント)	<p>■意思伝達に制限のある利用者には、年1回の面談を通して、新規利用者には学校の教師等から情報を得て、コミュニケーション手段に関する情報を得ています。情報や日々の観察から、絵や写真を用いたカード、スケジュール表、点字の作成等個別のツールを作成し、利用者や職員が共通に認識できるよう掲示したり、職員の業務手順に掲載する等工夫を行い、支援に活用しています。こうした取組みを、個別のアセスメントや支援計画、業務手順書、支援実施書、提供記録表等に掲載し、評価・見直しを行う等、記録することが望まれます。</p>	
A-1-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	b
(コメント)	<p>■利用者の会やサークル活動に取り組んでいます。利用者の会では、主に外出や一泊旅行について話合っています。サークル活動はお茶やお花等を日中活動として設定しています。こうした取組みについての目的や実施方法、担当者等を明示して、取組みの状況やその評価を記録する等、組織としての取組みを明確にすることが望まれます。</p>	
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
(コメント)	<p>■必要以上の介助は利用者のQOLの低下に繋がることを運営指針に明示し、個々の支援マニュアルに配慮事項として明確にしています。介助については日々の利用者状況の観察から得た情報を職員が共有して、適切な支援に向けています。</p>	
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
(コメント)	<p>■エンパワメントに基づく支援は法人やセンターの運営指針に明示し、個々の支援マニュアルにも、具体的な内容で示しています。就労支援事業所ではパンの販売先をイベントに限らず、企業や学校、保育園等多様な場面を確保し、接客、金銭の授受等販売に係るマナー、技術を支援しています。グループホームの利用者には、外出時に際してのマナー、選挙等について支援しています。こうした取組みは、個別の「提供記録表」に記録していますが、事業所の取組みとして、学習・訓練プログラム化し、それに基づいた支援を個別支援計画書で明確にすることが望まれます。</p>	
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。	b
(コメント)	<p>■運営指針、職員行動指針に明示していますが、さらに、報告者への配慮を含めた発生時の具体的な手順を策定することが望まれます。 ■防止に向けては、人権研修や接遇に関する研修に加えて、センターで設置の運営適正化委員会が協議・作成した虐待防止チェックリストを配布し、職員が自己評価を行い振り返りシートに記載する等防止に向けて取り組んでいます。積極的に取り組んでいますので、振り返りシートの集約や分析、課題の発見等によるさらに活用することが望まれます。また、これらの取組みを手順化、文書化をすると共に、事業計画にその取組みを明示する等、組織の取組みとすることが望まれます。</p>	
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。	b

(コメント)	<p>■センターで策定の様式による個別支援計画書を作成し、利用者（必要に応じて家族）と面談して、説明の後に同意を得ています。支援の実施状況は「提供記録表」に記載しています。職員によるアセスメントで明らかになった日常生活面での介助等についても、個別支援計画書又は支援実施書に記載し、支援状況を記録する等実際に行った支援を記録することを提案します。</p> <p>■記録の公表は、個人情報保護規定に沿って開示しています。</p> <p>■生活介護の事業所ですが、入浴サービスは実施していないため、他の事業所と併用している利用者もいます。</p>	
A-1-(1)-⑦	<p>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。</p>	a
(コメント)	<p>■就労事業所では、在宅者に向けてグループホーム等地域生活への移行を折に触れて説明しています。グループホーム事業所では、見学は随時受け入れ、入居者の欠員等の状況によっては体験入居を受入れています。</p>	
A-1-(1)-⑧	<p>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。</p>	a
(コメント)	<p>■家族会を事業所毎に設置して年1～2回開催しています。家族会の他、個別支援計画書作成における面談時にも、情報・意見交換を行っています。</p> <p>■事業所毎に月1回発行している広報誌は、事業所内の現状や次月の予定の他、職員紹介や事業所の取組み等を掲載し、家族の安心と信頼に繋げています。</p> <p>■利用者個別の家族との連絡ノートは双方の状況を伝え合う他、相談や意見交換のツールとして大切にしています。</p>	
A-1-(1)-⑨	<p>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。</p>	b
(コメント)	<p>■各事業所では、日々の行動観察を記録し、朝、夕のミーティング等で情報の共有と対応についての話合と確認を行っています。</p> <p>■また、家族との連絡帳を通して状況を相互に把握し、支援に役立てています。また、利用者の状況に応じて工夫した部屋や場所を提供することで、利用者の心身を傷つけないように積極的に取組んでいます。さらに、必要に応じて、医師、家族を交えて検討を行う等、原因の究明除去と適切な対応を検討しています。</p> <p>■「各駅停車運営指針」の前段に利用者の障がい特性の理解や個性の尊重について明記しています。各事業所での取組みを整理し、不安や自傷、他害、物損等危険な行為に対する対応についての指針を、組織として定めることが望まれます。</p>	

		評価結果
A-2 日常生活支援		
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。	b
(コメント)	<p>■利用者個別の食事形態や介助方法、留意点等は一覧表にして、職員が共通した支援を行えるようにしています。食事に関するマニュアルを用意し、必要に応じて見直しています。支援の手順に加えて、食事の意義・目的、留意事項を記載したマニュアルを作成すると共に、定期的な検証、見直しを行い、組織として提供する支援の基本にすることを提案します。</p>	
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
(コメント)	<p>■グループホーム入居者の食事については、世話人が朝、夕の食事を宅配される食材を基に調理しています。</p> <p>■通所の事業所では、弁当を持参する利用者もいますが、多くは宅配弁当を利用しています。就労支援の事業所では、2つの宅配業者から選択できるようにしています。また、弁当業者への発注はその日の10時迄となっており、申し込まない場合の負担をなくしています。</p> <p>■宅配される食事は、保温に配慮した容器が使用されています。献立は、週間献立表を掲示、配布し利用者及び家族が理解できるように工夫しています。</p>	
A-2-(1)-③	喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	a
(コメント)	<p>■通所事業所のため、昼食時間帯は一定ですが、食事にかかる時間は利用者に応じて対応しています。</p> <p>■食事の場所は、事業所によっては別途確保していますが、建物の状況によっては活動場所と兼用になっていますが、清潔面や雰囲気大切にしています。</p>	
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。	a
(コメント)	<p>■生活介護の事業所では入浴サービスは実施していません。グループホームでの評価のみとしました。</p> <p>■入浴支援マニュアルは手順の他、転倒や温度確認など危険な場面を想定した内容を盛り込んで作成しています。利用者個別の留意事項は、アセスメント及び支援計画に記載し、共通した支援に向けています。</p>	
A-2-(2)-②	入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a
(コメント)	<p>■入浴は清潔面の他、心身のリラックスに繋がると考えて提供しています。グループホーム入居者は4～6名であり、夕食前・後等利用者の希望に応じた時間帯に個別に入浴しています。</p>	
A-2-(2)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a
(コメント)	<p>■利用者の状態に合わせて、椅子や手すりを随時変更、設置しています。</p>	
A-2-(3) 排泄		
A-2-(3)-①	排泄介助は快適に行われている。	b
(コメント)	<p>■排泄介助に関するマニュアルを用意しています。</p> <p>■排泄介助に際しての留意事項や実施状況は、介助が必要な利用者個別に記録しています。介助方法や支援内容の基となるアセスメントを事業所で行い、それに沿った支援を行い、支援についての評価、見直しを行うことが望まれます。</p>	

A-2-(3)-②	トイレは清潔で快適である。	a
(コメント)	<p>■清掃は日々行う職員業務手順に示して行うと共に、汚れた場合等必要に応じて清掃をしています。</p> <p>■おむつ交換のスペースや車いすでの出入りに配慮した扉の大きさを確保する等、利用者の障がい状況に応じた設備改善に取り組んでいます。</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
(コメント)	<p>[グループホームについて評価しています。]</p> <p>■衣類は家族が持参する場合がありますが、購入の際には職員と相談し利用者の好みを尊重して買い物支援を行う他、ヘルパー同伴の外出時にも利用者が購入します。</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。	b
(コメント)	<p>[グループホームについて評価しています。]</p> <p>■通所の事業所においても、破損や汚れに気付いた場合には、連絡帳や電話で家族に連絡し、洗濯、着替えを用意する等適時対応しています。こうした対応を組織としての対応とするためにも、手順書として文書化することが望まれます。</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。	a
(コメント)	<p>[グループホームについて評価しています。]</p> <p>■髪型や整容は利用者の希望に沿って手伝ったり、情報提供をしています。</p>	
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
(コメント)	<p>[グループホームについて評価しています。]</p> <p>■地域の理・美容院を利用していますが、協力を得られるよう支援員が連絡・調整しています。利用は利用者単独やヘルパーを利用しています。</p>	
A-2-(6) 睡眠		
A-2-(6)-①	安眠できるように配慮している。	a
(コメント)	<p>[グループホームについて評価しています。]</p> <p>■グループホームは個室を用意し、寝具類はすべて私物を使用しています。</p> <p>■不眠者への対応等を含むマニュアルは用意していませんが、アセスメントや聞き取りで明らかとなった支援は個別に支援計画に示しています。夜間の支援は夜間支援員が行い、所定の様式に記録しています。</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。	a
(コメント)	<p>■利用者個別の看護日誌を用意しています。</p> <p>■健康管理については、通所時のバイタルチェックや体重測定、インフルエンザ等の感染症に関するポスターの掲示等、また、健康の維持・増進に向けてラジオ体操や散歩を取入れる等、事業所毎の利用者の状況に応じて積極的に取り組んでいます。こうした取り組みを整理し、施設の取り組みとするために、その目的や手順、留意事項を含めたマニュアルを策定することが望まれます。</p> <p>■連絡帳を通して得た家庭での情報と共に、バイタルチェックの個別の状況をミーティングで提供しています。</p>	
A-2-(7)-②	必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a
(コメント)	<p>■発熱、下痢、てんかん等健康面に不調があった場合の対応手順を定めています。看護師は週1回の訪問ですが、医療処置が必要な場合に、迅速に協力が得られるクリニックを確保しています。</p>	

A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実にこなわれている。	c
(コメント) ■薬の使用に誤りがあった場合は「事故・ひやりはっと報告基準」に沿って対応し、報告や防止策に努めています。 ■薬物の管理と使用方法を定めていますので、それを整理し、文書化する等明確にすることが望まれます。また、グループホームでは、誰もが手にする場所に保管していますので、再考が望まれます。 ■日中事業所のため服薬者が少ないようですが、風邪薬等臨時薬もありますので、使用について「提供記録表」に記載欄を設ける等工夫することを提案します。	
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
(コメント) ■生活介護の事業所では、利用者の特性に対応してさをり織や流木を使った作品作り、絵画、工作、調理、外出等様々なメニューを提供しています。 ■各事業所では、年1回宿泊を伴う旅行を実施しています。行先は利用者の希望を調査し、実施にあたってはボランティアを活用しています。	
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
(コメント) ■就労支援事業所では、地域各所でのパン販売の際に、利用者の希望を聴取しています。生活介護事業所では、外出をプログラム化しており、外出先の希望を聴取して、グループ外出を実施しています。 ■外出の際には、利用者個別にヘルプカードを携帯し、安全確保や不測の事態に備えています。	
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
(コメント) ■グループホームでは、毎週末帰宅する利用者もいますが、利用者とは外泊を受入れる家族の希望を調整して実施しています。	
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
(コメント) ■就労の事業所では、自己管理が可能な利用者は持参しており、小遣い帳の利用に向けた支援を行っています。 ■グループホームでは、後見制度や安心サポートを活用していますが、金銭の動き、状況についてはサービス管理者が把握しています。 ■こうした取組みについて、金銭管理規程を整備し、それに基づいた支援を明確にすることが求められます。	
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
(コメント) ■通所の事業所では、個人管理可能な範囲で利用者の希望や意志を尊重しています。 ■グループホームでは、テレビや雑誌、ゲーム等個人の希望に応じて、個人の部屋で所有しています。	
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。	b
(コメント) ■グループホーム内での喫煙、飲酒は禁止しています。通所の事業所では、就労の事業所では禁止していませんが、現在希望者はいません。 ■なお、職員についても業務中の喫煙、飲酒は厳禁としています。	

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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■各事業所毎に、自閉症等障がい状況から他者との関わりが困難な利用者個別に、部屋を用意しています。 ■就労の事業所では、食堂と兼用ですが、テレビ等を設置した休憩室を整備する等くつろげる場所を確保しています。 ■建物の構造上及び利用者の把握等で困難なこともあります、プライバシーへの配慮に向けた工夫が望まれます。 	
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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■生活介護の事業所については、活動場所について判断しています。 ■住宅の転用や建築年数の高さ等で、工夫に限度はありますが、日々の清掃が行き届き、清潔に保たれています。また、利用者の状況に応じてスロープの設置や間仕切りを外す等の改善をして、心地よい環境にむけた取組みを行っています。利用者の障がい状況から困難な場合もありますが、もう少し採光等の工夫が望まれます。 ■グループホームでは、利用者の状況や希望を聞きながら、手すりの設置等都度取組んでいます。利用者の話し合いを定期的に行い、生活環境についての意見等を聞く機会にすることが望まれます。 ■予定している利用者満足度調査の際に、活動環境についての利用者や家族の意見を聴取する取組みを提案します。 	

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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■生活介護の事業所では、利用者の特性に対応して、さをり織や流木を使った作品作り、絵画、工作、調理、外出等様々なメニューを用意して、利用者が選択できるようにしています。 ■利用者の個別ニーズに応じ他法人の事業所と併用する利用者も受け入れていません。 	

障がい福祉分野の内容評価基準 – 授産施設としての対応 –

判 断 基 準 項 目		評価結果
A-3 授産施設としての対応		
A-3-(1) 授産施設としての対応		
A-3-(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
(コメント)	<p>■一般就労チェックリストを作成して、利用者の就労に向けた支援に取り組んでいます。就労に繋がった利用者は2名ですが、今年度は利用者及び家族の要望から、職場実習の対象者はいません。</p> <p>■就労後のフォローは就業・生活支援センターと連携して、就労の安定、継続を図っています。離職した場合は受入れることにしており、1名の実績があります。</p> <p>■一般就労チェックリストの作成、活用や情報提供、フォローアップに向けた他機関との連携、離職者の受入れ等の実績がありますので、現在は対象者がいなくても、今までの取組みを手順化して、組織としての仕組みにすることが望まれます。</p>	
A-3-(1)-②	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
(コメント)	<p>■作業はパンの製造、販売で、10名が就労しています。利用者個別の特性や希望を考慮して各工程の担当を決め、利用者が主多となってパンの製造ができるように支援しています。</p> <p>■確保している販売先の状況から、製造・販売の計画を立案していますが、製造数や販売実績を利用者に月例報告しています。この月毎の報告の際に、衛生面や販売先の状況の説明、販売の希望を聴いています。</p> <p>■作業能力を評価されていませんが、作業能力を評価することで、利用者の現状把握と職員の共通認識、また、個別支援計画作成の基本となりますので、評価表の策定と評価、評価による課題の発見に活用することを提案します。</p>	
A-3-(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
(コメント)	<p>■住宅を改修した建物の構造上、作業スペースは狭く、機械類が多いこともあって危険な状況ですが、支援員を適切に配置して、危険回避を図っています。特に、狭い通路を移動する際の声掛けや包丁の使用、鉄板の扱い等、随時支援員が注視し、必要に応じて声掛けを行う等労働安全衛生に配慮しています。作業服と帽子の貸与や日々の爪や手洗いのチェック、マスクの着用等パンの製造に関する衛生面について配慮しています。</p> <p>■確保している作業及び通路のスペースやパン製造に関する機器類から特段の配慮が必要となる労働安全衛生には、積極的に対応していますので、これらの取組みを整理、文書化して、労働安全に関するマニュアルとして整備することが望まれます。</p>	
A-3-(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
(コメント)	<p>■収支計算による収益分を全利用者の就労日数で計算する工賃規程を設け、利用者の理解を得ています。こうした支給方法から最低工賃や目標額の設定は行っていません。実際の支給額は平均2万7千円で全国平均を上回っています。</p> <p>■製造したパンの販売は、地域各所のイベントの他、学校や企業の食堂、他の福祉施設、店頭販売等多数の販売先を確保していますが、さらに開拓を進めています。また、原材料からの製造による品質管理の他、季節や社会の流れに応じた商品の開発等積極的に取組み、収益に繋げています。</p>	

福祉サービス第三者評価結果報告書【受審施設・事業所情報】 における項目の定義等について

①【職員・従業員数】

●以下の項目について、雇用形態（施設・事業所における呼称による分類）による区分で記載しています。

▶正規の職員・従業員

・一般職員や正社員などと呼ばれている人の人数。

▶非正規の職員・従業員

・パート、アルバイト、労働者派遣事業所の派遣社員、契約社員、嘱託などと呼ばれている人の人数。

②【専門職員】

●社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、介護支援専門員、訪問介護員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、保育士、社会福祉主事、医師、薬剤師、看護師、准看護師、保健師、栄養士等の福祉・保健・医療に関するものについて、専門職名及びその人数を記載しています。

③【施設・設備の概要】

●施設・設備の概要（居室の種類、その数及び居室以外の設備等の種類、その数）について記載しています。特に、特徴的なもの、施設・事業所が利用される方等にアピールしたい居室及び設備等を優先的に記載しています。併せて、【施設・事業所の特徴的な取組】の欄にも記載している場合があります。

	例
居室	●個室、2人部屋、3人部屋、4人部屋 等
設備等	●保育室（0才児、1才児、2才児、3才児、4才児、5才児）、調乳室、洗面室、浴室、調理室、更衣室、医務室、機能訓練室、講堂 等