

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	多機能型事業所・生活介護・グループホーム・ヘルパーステーション		
代表者氏名	施設長 湯上 誠		
定員（利用人数）	118 名		
事業所所在地	〒 545-0021 大阪市阿倍野区阪南町3丁目43-25		
電話番号	06 - 6629 - 7778		
FAX番号	06 - 6621 - 5575		
ホームページアドレス	www.helenkeller.jp		
電子メールアドレス	kakueki@nh-k.jp		
事業開始年月日	平成 22 年 4 月 1 日		
職員・従業員数※	正規	16 名	非正規 82 名
専門職員※	社会福祉士 介護福祉士	3 名 7 名	看護師 保育士 1 名 3 名
施設・設備の概要※	居室 38 室		
	〔設備等〕 事務室、医務室、調理室、浴室、洗面所、 便所 相談室、多目的室、洗濯室、宿直室、倉庫、作業室		

※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	2 回
前回の受審時期	令和 2 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】

【「各駅停車」総合方針】

利用者個人の人格と尊厳を守り、意思決定支援を第一に掲げ、その自己実現が図られるように個別および集団による日常生活に必要な生活支援を行う。一人ひとりの障がい特性や発達段階を考慮し、支援の場としての環境の整備を行いながら専門的かつ適切な支援を提供する。また、地域に根ざした施設としての役割を自覚し、地域社会への貢献を担う。

【施設・事業所の特徴的な取組】

- ① 生活介護・就労継続支援B型【シルフ】
生活介護 「さをり織り」一般企業の店頭にて販売されている。
パン製造・販売 クッキーも含めて在版で販売されている。
- ② 生活介護【一丁目（二丁目）】
療育活動・創作活動を行いながら地域に溶け込みながら活動を展開している。
（地域 清掃、近隣学校の体験学習の受け入れなど）
- ③ 共同生活支援【グループホーム アテナ】
自己決定支援を基本として、利用者のニーズに臨機応変の対応を行っている。
- ④ 指定居宅介護等事業所【最寄駅】

【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	令和7年1月20日～令和7年1月21日
評価決定年月日	令和7年3月21日
評価調査者（役割）	1601B020 （運営管理・専門職委員） 1601B021 （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、小規模多機能事業所「シルフ」、生活介護事業所「一丁目(二丁目)」、共同生活援助事業所「アテナ」、指定居宅介護等事業所「最寄駅」の四つの事業所で構成されています。

「シルフ」阿倍野区阪南町3-43-8 06-6626-6074

「さをり織り」作業の生活介護（定員30）と、「パン工房」の就労継続支援B型（定員10）

「一丁目」東住吉区駒川1-21-5 06-6777-7550

「二丁目」東住吉区桑津5-13-45 06-6719-7550

創作活動、レクリエーション、外出等の日中活動（定員30）

「アテナ」阿倍野区阪南町3-43-25 06-6629-7778

グループホーム10ホーム・12ユニット（定員48）

「最寄駅」阿倍野区阪南町3-43-25 06-6621-6033

相談に応じた自立支援。介護負担軽減への居宅介護サービス。

本部事務所と「シルフ」「最寄駅」「グループホーム」の3つの事業所は隣接していますが、「一丁目(二丁目)」は、2.4km（車で7分ほど）離れた場所にあります。いずれの事業所とも民家を改修したのですが、狭い空間を工夫して利用しています。

平成22年の事業開始から十数年、その間事業所は近い距離での移転はあったものの、いずれも地域に溶け込み、住民との関わりを大事にしていこうという姿勢がみられます。

ただ、事業所間の連携という点では十分とは言えません。支援記録・会議録がタイムリーに情報共有されていないことが一つの要因かと思われます。手書きの書類が多く作業効率の面からも早急に支援ソフトの導入が望まれます。また、職員の非常勤率が高いということから、常勤職員と同等の充実した職員研修が必要です。

◆特に評価の高い点

①【シルフ】

- ・事業計画と報告、研修報告書など、様式も整えられて整理されています。

②【二丁目】

- ・強度行動障がいの方への支援を工夫して行っています。また視覚障がい者へのコミュニケーションとしてツールを使った支援も行っています。
- ・入口の飾り付けが、地域の住民に好評です。

③【シルフ】

- ・就労継続支援B型のパンの製造・販売からのステップアップで、就労継続支援A型のパン製造事業所での就業に結びつけることができました。

④【シルフ】【一丁目】

- ・日中作業の中へ地域交流を取り入れた活動を継続して行っています。

◆改善を求められる点

- ① 記録ソフトなど、データー管理や情報共有システムの導入が求められます。事業所間のスムーズな連携、WEB研修の実施にも有益です。
- ② センター全職員との面談の実施が望まれます。事業所間の疎通性を高め、意見が述べやすい環境づくりも求められます。
- ③ サービスの質改善のための取り組みとして、センターとして横断的な各種委員会の設置が強く望まれます。

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回、第三者評価受審においてご指摘いただいた点を今期改善を図っていきたいと思います。①記録等のIT化⇒令和7年度業務分担表に担当者を決めており、記録ソフトの導入を検討しデータ管理やスムーズな情報共有を図っていく。②面談及び事業所間の疎通性を高める為、年2回行っている人事考課時の面談及び必要時において適宜面談を行っていくと共に、交換研修や週3日制度の導入により、自身の事業所のみではなく他の事業所のことも把握し疎通性の向上を図り意見が述べやすい雰囲気を作っていく。③質の向上を図る為、虐待防止委員会や身体拘束適正化委員会を中心に各種委員会の取り組みや議論の強化を図っていく。

◆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)	■法人理念が明文化されています。各駅停車としての総合方針、支援方針、職員心得も明文化されています。職員心得は職員の行動規範となるよう具体的な内容となっています。また、支援方針や職員心得は毎年見直しがなされています。 ■法人理念、職員心得などについては、職員や家族への周知が4事業所とも不十分です。 【グループホーム】非常勤職員がローテーション勤務であるところから、書面や通信用アプリなどを用いて周知することが必要です。	

		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)	■ 毎月の役職者会議にて利用者の推移や利用率等の分析を行い、情報提供して共通認識を図ろうとしています。ただ、口頭伝達で具体的な資料も示されず、議論や検討に結びつくものにはなっていません。 ■ 全体の収支についても、センター会議で事務職から口頭での説明が行われていますが、不定期で、資料の提示もありません。	
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)	■【一丁目】利用者数が定員に満たないことが課題で、定員変更も検討されています。 ■【一丁目】【シルフ】可能な加算は漏らすことなく、収入確保に努めています。 ■生活介護事業ではできるだけ多くの利用者が興味を持ち活動参加できるメニューの検討が望まれます。 ■【グループホーム】2部屋の空床がありましたが今年度解消しています。	

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。

b

(コメント)

■中・長期計画としてセンターの事業展開に必要な備品、工事などの予算計画が数値で示されています。
■センター各事業所それぞれの計画を、根拠も明示して策定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。

b

(コメント)

■各事業所とも単年度の計画は具体的に文書として策定されてはいますが、中・長期計画にある中身を十分に踏まえたものとは言えません。

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。

b

(コメント)

■【シルフ】事業計画は前年度の実施状況を項目ごとに評価・見直しをして次年度の計画に反映しています。
■センターの各事業所で職員の意見の集約のもと事業計画が策定されていますが、このシルフの様式に統一されることが望まれます。

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)

■各施設とも家族への説明は家族会などで行っています
■利用者に対しては、理解しやすい工夫をしての周知への取り組みが望まれます。

		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)	■今回の第三者評価に係る自己評価チェックは一部の職員で行われました。今後は、全員が関わり、定期的に（年1回）実施されることが望まれます。 ■【シルフ】毎月「業務の振り返りシート」（倫理綱領・利用者支援）でのチェックを行い、振り返り内容を記入して提出を義務づけています。	
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)	■第三者評価等によるセンター全体のサービスの質向上への取り組みに向けては、課題の中身などについての情報共有化が必須です。そのためのシステム整備は早期の検討が必要と考えます。 ■【シルフ】「業務の振り返りシート」の集計結果は、全職員へのフィードバックが大切です。情報を共有し次の業務へのステップに供することが望まれます。	

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)	■センター会議の前後には、センター長から各事業所管理者への説明や、話し合いの時間を持っています。 ■センター長や各事業所管理者は、自らの役割や業務を文書に明示し、職員に周知する必要があります。 ■センター長不在時の権限委任については文書にて明示されています。また、有事における職員の「招集基準」が作成されています。	
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)	■【シルフ】【一丁目】権利擁護・虐待防止・ハラスメントなどの伝達講習を行っています。周知徹底のために、複数回実施しています。 ■管理者は法令を十分に理解して組織全体に対してリードする必要があります。法制度変更などの周知や法令遵守の徹底への積極的な取り組みを望みます。	

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、その取り組みに指導力を発揮している。	c
(コメント)	■センター全体で毎年「支援の質向上研修会」を実施しています。組織として実効性を高めるために、センターとしての「質の向上委員会」を設置して定期的な研修や検討の機会持つ必要があります。	
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)	■センター長として自らの役割は、①利用者数と定員の格差をなくすこと ②グループホームの空室の解消 を主眼にしています。 ■役職者会議では全体の経営状況の分析について説明があり議論されています。これを受けてセンター会議で報告を行っていますが、役職者会議の議事録はありません。職員への口頭のみでの周知では限界があります。 ■センター会議録は早い時期に各事業所に書面で配付されています。職員個々によりタイムリーに把握・理解できるよう、添付資料についても紙ベースかデータで提示することが望まれます。	

評価結果

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)	■各事業所とも職員の男女比がアンバランスになっています。特に【アテナ】【シルフ】ではトイレ介助など同性介護を必要とする場面があり、男性の不足が深刻です。 【一丁目】サビ管と管理者の兼務をサビ管の専任とする方針がありますが、支援現場での男性職員の不足により実現できていません。 ■正規職員の退職に伴う補充は非常勤という法人の方針もあり、センターでは非常勤の数が常勤の約3倍となっています。正規職員に比べて在職の長い非常勤のほうが発言力が勝っていて、組織運営上の支障が生じる場合があるという事業所もあります。 ■【最寄駅】サービス提供責任者が1名でヘルパーの管理を行っており、業務過多になっています。 ■各事業所とも人材確保が大きな課題です。ハローワーク、求人雑誌などを活用して求人をしています。 ■【シルフ】昨年度専門学校の実習を受け入れた際2名がアルバイトの希望がありました。 ■【一丁目】非常勤職員を定着するために管理者において非常勤職員との面談をおこなっています（2回／年）。面談記録をとり継続的な取り組みが必要です。	
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	a
(コメント)	■正規職員については、法人の人事規定に基づいて実施しています。業績考課（8項目）、能力考課（8項目）、意欲態度考課（5項目）について、副主任以上の評価と自己評価を点数(グラフ)化をしています。 ■年2回の面談（中間総括と最終総括）を行い、それを自己評価達成度と上司評価達成度を点数化しています。	

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)	■各事業所とも非常勤を含む職員の休日希望についてはあらかじめ書類で伝えることで叶えられています。 ■【シルフ】土曜日と日曜日がイベントによる出勤がある時は代休をとれるようになっています。イベント参加は非常勤の出勤率の関係で週に1回までに設定しています。 ■【アテナ】事業の特性もあって、公休消化などの点で他事業所との格差が生じています。点検・見直しが必要です。 ■ワークライフバランスに関して、管理者によって配慮の差があるように見受けられます。気持ち良く働ける職場の実現に向け、早急にセンター全体の総点検が求められます。	

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。	c
(コメント)	■各駅停車としての「支援方針」「職員心得」が文書化されており、2022年以降毎年見直しも行われています。今後、それらを基準とし、センター統一の定期的な面談をして、個々の職員の目標やその達成を確認する必要があります。 ■面談は、非常勤職員を含めて全職員を対象とすることが求められます。	
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)	■センター全体研修計画と実施報告書を確認しました。権利擁護・虐待防止感染症など、センター全体として必要最小限の研修は行われています。 ■実施報告書は年度ごとにファイリング整理することが望まれます。 ■全体研修と各事業所内部研修を含めて、次の研修に備えるためにも、研修報告書を統一様式にして整えることが望まれます。 ■限られた時間で、できる限りの研鑽を積むために「WEB研修」の導入検討が望まれます。	
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)	■正職員については、法人の階層別研修・職種別の研修を受講していますが、どの事業所とも非常勤職員は受講が難しい状況にあります。 ■職員の経験や習熟度に配慮したOJTについては、工夫次第での導入は可能と思われます。検討が望まれます。 ■【一丁目】非常勤を含む内部研修をкаろうじて実施しています。業務内での1研修あたり約30分（年間4回）で、実施報告書も確認できました。今後、定例で土曜日午後に予定されているので、全員受講を期待します。 ■【シルフ】非常勤を含む内部研修を土曜日の午後に実施しています。外部研修については情報提供して、希望すれば受講が可能です。	

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研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	a
(コメント)	■【シルフ】パン部門とさをり織り、それぞれに受け入れ担当者を置き、マニュアルに沿って受け入れています。中期と後期にはスーパーバイズを行っています。 ■【一丁目】管理職と現場主任が担当して受け入れています。	

		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の「現況報告書」において事業の財務、実施状況が開示されています。また事業所のホームページにおいて福祉サービス内容が確認できます。 ■第三者評価の受審内容や苦情受付内容の公表も行われています。	
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)	■法人として税理士の監査を行っていますが、その他外部の専門家による監査は行われていません。	

		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。	a
(コメント)	■【シルフ】地域でのイベントや行事には積極的に参加しています。日中活動プログラムの中に地域清掃（2回/月）を行っています。また、毎年、さおり織りとパン作りの体験の場を設けています。 ■【一丁目】地域清掃（1回/月）をしています。交流の形にはなっていません。	
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。	c
(コメント)	■ボランティア受け入れに対する基本姿勢が明確に示されていません。 ■【シルフ】【一丁目】では、受け入れ担当者を置き、近隣の中学校から毎年2～3名の体験実習を、小学校からは職場体験を受け入れています。また、地域の支援学校や中学校の体験実習を受け入れています。これは、ボランティアとは異なるものです。 ■利用者の旅行時には、ボランティアを募っていますが、日常的な受け入れはありません。	
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
(コメント)	■【シルフ】区の自立支援協議会、同じく作業所連絡会に定期的に参加して情報収集をしています。 ■シルフ以外の事業所では、相談支援機関などとサービス担当者会議を行って連携をはかっています。	

Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。		b
(コメント)	■【アテナ】社会福祉協議会の施設連絡会、相談支援連絡会を通して情報を入手するほか、空床対策のため在宅ニーズを掘り起こすために、全体の見学会を実施しています。今後、その他の事業所においても、地域の福祉ニーズを把握する事業所独自の取り組みや活動が望まれます。 ■家族から入居について直接の問い合わせもあり、利用につながっています。 ■地域社会で必要とされる福祉ニーズや生活等のニーズの把握には至っていません。	
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
(コメント)	■各駅停車では地域との関わりについて、支援方針に「地域に根ざした施設としての役割を自覚し地域社会への貢献を担う」と明文化しています ■【シルフ】近隣の高齢者や身体障がいの方への配達サービスを行っています。 ■地域貢献事業として次年度に「地域連携推進会議」（構成メンバーは、利用者・職員・保護者・地域など関係機関）を設置する予定です。今後の組織としての取り組みに期待します。	

		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)	■法人理念、地域支援センター「各駅停車」重点方針、職員心得 等々において、利用者の尊重や基本的人権の配慮について明記されています。 ■非常勤職員が多数を占める組織であり、組織全体の意識向上や共通理解を図るための勉強会・研修会の実施が、より一層望まれます。	
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)	■【アテナ】日常生活支援については、サービス場面ごとに支援マニュアルが作成されており、プライバシー保護、同性介護について周知されています。 ■権利擁護に関する規定、マニュアルの整備が行われていますが、職員間での徹底が不十分で、【一丁目】では残念な事案が発生してしまいました。	
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)	■【シルフ】自立支援協議会のフェスタや支援学校の進路説明会等に参加し、パンフレットを配布して、事業所の説明を行っています。見学や体験利用の希望にも対応しています。 ■「各駅停車」のホームページの定期的な更新、また、誰にでもわかりやすい写真・絵・図を使用したパンフレット等の作成が求められます。	
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
(コメント)	■【アテナ】サービスの開始・変更の際は利用者・家族に分かりやすく説明し、同意にあたっては利用者の自己決定が尊重されています。 ■意思決定が困難な利用者については成年後見制度の利用が勧められています。	
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)	■【アテナ】福祉サービスの変更の際には、サービス担当者会議を実施して、スムーズな移行への配慮に努めています。 ■事業所の変更、家庭・地域への移行等を行う場合、福祉サービスの継続性を損なわない配慮のもとに、あらかじめ手順、文書等を定めておくことが望まれます。	

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。

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。	b
(コメント)	■【アテナ】利用者の意見を口頭で受けたり、昼食の選択メニュー等も実施されていますが、利用者の満足を把握する取り組みが不足しています。 ■利用者満足度の把握に関する担当者や、把握した結果を分析・検討するための会議の設置等が望まれます。	

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)	■苦情解決の仕組みが確立されており、法人のホームページに内容が報告されています。 ■苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した掲示物を事業所内の目の付きやすいところに掲げたり、平易な解説資料を利用者に配付するなどの周知への取り組みが求められます。	
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)	■【シルフ】普段の会話の中で意見や相談には応じており、必要な場合は相談室を利用して対応しています。 ■相談や意見を述べやすい環境整備として、意見箱の設置、アンケートの実施、第三者委員による聞き取り等、より積極的な取り組みが望まれます。	
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)	■各事業所では利用者からの相談や困りごとについては、可能な限り即時対応に努めています。 ■相談や意見を受けた際の対応、記録や報告の手順等について定めたマニュアルの整備が求められます。	

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。	b
(コメント)	■各事業所において事故・インシデント、ヒヤリハット報告書等の事例収集に積極的に取り組んでいます。 ■事業所単位ではなく「各駅停車」としてリスクマネジメント委員会等を設置し、各事業所からの情報を集約し、分析、改善策、再発防止に向けて取り組むことが求められます。	
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)	■各種感染症の予防・対応についてマニュアルが整備されています。 ■グループホーム利用者が感染した場合の具体的な対応・体制が不足しています。保健医療の専門職の適切な助言指導の下に作成されることが望まれます。	
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)	■安否確認システムや事業所のBCPに基き、対応や対策が取られています。 ■グループホームを中心に、耐震補強やスプリンクラーの整備計画が作成されています。 ■各事業所での備蓄品が不十分であり、多数を占める非常勤職員への災害時対応に関する周知も十分ではありません。 ■【アテナ】夜間を想定した避難訓練の実施が必須です。	

		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。	a
(コメント)	■【アテナ】支援に関する各種マニュアルが整備されています。利用者の尊重、プライバシーの保護、権利擁護に関わる姿勢が明示されています。 ■【一丁目】定期的に研修や個別の指導等により職員間に周知徹底するための方策を講じています。 ■【シルフ】利用者に対しての接遇研修が定期的に行われています。	
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)	■各種マニュアルが整備されていますが、作成日、改定日が様々です。福祉サービスの内容の変化や新たな知識・技術等の導入を踏まえ、定期的に現状を検証し、必要な見直しを行うことが必要です。 ■組織として方法や仕組みを定め、継続的に実施されることが求められます。	

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支援計画を適切に策定している。

b

(コメント)

■サービス管理責任者を中心に、職員間で情報共有を図りながらアセスメントを実施し、個別支援計画の作成が行われています。
■日々の福祉サービスが個別支援計画通りに提供されているを確認する仕組みが構築され、機能することが求められます。そのためのハード面の整備、支援記録ソフトの導入が望まれます。

Ⅲ-2-(2)-② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。

a

(コメント)

■個別支援計画の見直しについて、見直しを行う時期、検討会議の参加職員、利用者の意向把握と同意を得るための手順等、組織的な仕組みが定められ、実施されています。また、緊急に変更する場合の仕組みも整備されています。

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)

■各事業所でのサービス提供実施記録は手書き入力で行っています。「各駅停車」として統一された様式がなく、情報共有が難しい環境です。
■支援ソフトの導入等によって、早期にネットワークシステムが確立することが望まれます。

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)

■法人として「文書管理規定」「個人情報管理規定」「プライバシーポリシー」等が制定されています。
■事業所としても「法人のホームページ及び機関紙等への写真掲載についての承諾書」「個人情報使用についての同意書」が目的を明示し、毎年の確認が行われています。今後は、定期的な個人情報保護についての研修の実施が期待されます。

障がい福祉分野の内容評価基準

		評価結果
A-1 利用者の尊重と権利擁護		
A-1-(1) 自己決定の尊重		
A-1-(1)-①	利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。	a
(コメント)	■【アテナ】休日の昼食対応では、利用者の希望を聞いてメニューを決定しています。外出の際もヘルパー事業所と連携しながら、利用者の希望や個性を尊重しながら、必要な支援が行われています。 ■【シルフ】利用者の意向を尊重しながら主体的な活動を促す支援が行われています。	
A-1-(2) 権利侵害の防止等		
A-1-(2)-①	利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	c
(コメント)	■【シルフ】毎月、振り返りチェックシートを記入し、人権に対する配慮や権利擁護について検討し、理解を深める取り組みが行われています。 ■【一丁目】今年8月に利用者への虐待事案が発生しています。所管行政への届出・報告がセンター長により行われましたが、虐待防止委員会での聞き取り調査・検討を行い、課題を整理したうえで、再発防止に向けた取り組みを一層周知・徹底されることが強く求められます。	
A-2 生活支援		
A-2-(1) 支援の基本		
A-2-(1)-①	利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	a
(コメント)	■【アテナ】食事後の食器の片づけや簡単な調理、衣類の洗濯、居室の掃除等、利用者の意向を確認しながら、自力で行う行為を見守っています。 ■【シルフ】個別支援計画の振り返りの際や、日々の支援を通して、利用者の自律・自立した生活の実現を目指して、相談支援事業所等と連携しながら個別支援に取り組んでいます。	
A-2-(1)-②	利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。	a
(コメント)	■【一丁目】意思表示や伝達が困難な利用者のコミュニケーション支援として、写真や絵を使ったカード・スケジュール表等がツールとして活用されています。 ■【シルフ】視覚障がい者には点字を使った予定表や文字、数字を立体化するなどしてコミュニケーション支援が行われています。	
A-2-(1)-③	利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。	b
(コメント)	■【アテナ】利用者からの相談があれば、即時に対応し本人の意思を尊重した支援が行われています。 ■【シルフ】プログラムで複数の選択肢を準備し、自己決定を尊重しています。 ■相談内容を記録しサービス管理責任者等に報告のうえ、職員間で情報共有を行い、個別支援計画にも反映される取り組みが望まれます。	

A-2-（１）-④ 個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている。		a
（コメント）	■【シルフ】生活介護では、午前中は主に「さをり織」の創作活動に取り組んでいます。利用者の個性・色・柄などに表現ができるようにとの思いで支援が行われています。織り機についても利用者個々の障がい特性に配慮・工夫がされています。月間予定表を作成し、午後は余暇・レクリエーション活動が提供されています。リズム体操・ヨガ・ストレッチ・お茶・生け花等、利用者のニーズに対応したメニューの提供がなされています。	
A-2-（１）-⑤ 利用者の障がいの状況に応じた適切な支援を行っている。		a
（コメント）	■【アテナ】利用者の障がい特性に応じて、職員間での情報共有を図りながら、生活全般の支援に取り組まれています。 ■【シルフ】行動障がい等の個別的な配慮が必要な利用者について、日々の記録を活用しながら、支援方法の検討・見直しや環境整備が行われています。 ■【一丁目】「場所の構造化」「時間の構造化」「視覚的に情報を伝える」等の具体的な支援がなされています。専門技術向上のための研修受講も積極的に行われています。	
A-2-（２） 日常的な生活支援		
A-2-（２）-① 個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っている。		b
（コメント）	■【シルフ】外注のお弁当は利用者の嗜好を考慮した献立を基本に、美味しく、楽しく食べられるよう一層の工夫がなされています。 ■【アテナ】日常的な生活支援はマニュアルを整備しサービスが実施されています。食事は弁当・宅配が中心で、利用者の嗜好が考慮された内容にはなっていません。朝食時におけるご飯や菓子パンの嗜好についても、引き続き検討が望まれます。	
A-2-（３） 生活環境		
A-2-（３）-① 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。		b
（コメント）	■【アテナ】明るい生活環境が保たれており、利用者の意向等を把握し、改善や工夫が行われています。 ■【一丁目】支援の場は既存の住宅を活用したものであって改修にも限界があります。段差解消や食堂や休憩室などの利用者がくつろげる場の確保が求められます。	
A-2-（４） 機能訓練・生活訓練		
A-2-（４）-① 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。		a
（コメント）	■【アテナ】機能訓練等を必要とする利用者には訪問のOT・PTによる適切な訓練を受けることができます。また、個別支援計画にも反映し、生活動作の面でも支援が行われています。 ■【一丁目】定期的に体を動かしたり、手指活動の支援に取り組まれています。 ■【シルフ】個別プログラムでの機能訓練はもちろん、プログラムの全体的な内容にも運動不足にならないような配慮が取り入れられています。	

A-2-（5） 健康管理・医療的な支援

A-2-（5）-①	利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。	b
（コメント）	■〔グループホーム〕利用者の体調変化時における迅速な対応のための手順は整備されています。今年度より、24時間体制の訪問看護ステーションと提携、夜間の緊急時の対応、通院等の適切な指示を受けながら対応を行っています。 ■〔一丁目〕週に1度の看護師の訪問がありますが、医療支援の必要な利用者を受け入れているので、常時配置が望まれます。	
A-2-（5）-②	医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。	b
（コメント）	■〔グループホーム〕服薬に関するマニュアルは整備されていますが、誤薬、服薬忘れ、落薬等の事故が繰り返されています。対応方法は定められていますが、すべての職員が与薬方法等の薬に関する情報を共有できる研修・学習の場が望まれます。 ■〔一丁目〕重心の利用者が在籍しているが、トイレに介護用のベットがなく、安全面の確保が求められます。	

A-2-（6） 社会参加、学習支援

A-2-（6）-①	利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。	b
（コメント）	■【アテナ】「休日の外出」を楽しみにしている利用者の声が聞かれました。外出先や内容はパターン化したものでなく、グループホームとヘルパー事業所の職員の連携や情報共有によって、バリエーションに富んだものになることが必要です。 ■【最寄駅】文化活動やスポーツ活動等についての積極的な情報提供に、一層努めることが望まれます。	

A-2-（7） 地域生活への移行と地域生活の支援

A-2-（7）-①	利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。	a
（コメント）	■地域生活支援センター「各駅停車」は障がい児入所施設の子どもたちが卒業後も住み慣れた地域での生活を継続するために立ち上げた事業所です。共同生活支援・通所支援・ヘルパー派遣等の事業で地域生活のサポートを継続しています。 ■【アテナ】利用者の高齢化が進む中「夜間に何か起これば不安」と訴える方について、夜間支援員が勤務しているホームへの移行を図り、安心してグループホームの生活を継続できるよう支援をしています。	

A-2-（８） 家族等との連携・交流と家族支援		
A-2-（８）-① 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。		a
（コメント）	■【一丁目】日常的な情報交換はグループホーム・家族等との連絡ノートを通じて行われています。体調不良時や急変時の報告・連絡ルールも確立されています ■【シルフ】年2回の個別支援計画の説明時に懇談を行い、家族からの相談に関して助言等が行われています。家族会ではスライドショーで作業内容の説明や日々の活動中の利用者の様子を報告しながら、意見交換の場を設けています。	
		評価結果
A-3 発達支援		
A-3-（１） 発達支援		
A-3-（１）-① 子どもの障がいの状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。		—
（コメント）	実施事業外のため非該当とします。	
		評価結果
A-4 就労支援		
A-4-（１） 就労支援		
A-4-（１）-① 利用者の働く力や可能性を尊重した就労支援を行っている。		a
（コメント）	■【シルフ】パン工房では半年ごとに利用者と面談を行い、適宜生産工程における担当の変更が行われています。 ■【シルフ】生産、販売、イベント参加等の場面において、利用者の意向や障がい状況にあわせて、働くために必要なマナー、知識・技術の習得や能力の向上を支援しています。	
A-4-（１）-② 利用者に応じて適切な仕事内容等となるように取組と配慮を行っている。		a
（コメント）	■【シルフ】生活介護事業所の活動の中心は「さをり織」ですが、利用者の個性を色や柄で表現できるように支援を行い、出来上がった反物を作品に仕上げ、販売に結びつけています。 ■【シルフ】就労継続支援B型のパン工房では、製造から販売までの各工程を利用者主体で取り組み、パンの種類も幅広く製造されています。販売の関しても、店頭での販売だけでなく、イベントや地域の会社・学校等への納品、出張販売に利用者参加で取り組まれています。工賃規定が整備されており、賃金（工賃）の引き上げに向けて、モチベーションを高める取り組みが行われています。	
A-4-（１）-③ 職場開拓と就職活動の支援、定着支援等の取組や工夫を行っている。		a
（コメント）	■【シルフ】自立支援協議会、区作業所連絡会に参加し、定期的な連携が行われています。 ■【シルフ】就労継続支援B型では、就労継続支援A型や就労移行にステップアップできるように日々支援が行われています。今年度は1名の利用者がA型の体験利用を行い、ステップアップにつながっています。「パン工房の経験を活かしたい」という利用者の意向と希望に応じた支援が行われました。	

利用者への聞き取り等の結果

調査の概要

調査対象者	比較的コミュニケーションが取りやすい利用者を事業所が選出
調査対象者数	2人
調査方法	事業者職員は同席せず、評価者が約15分間の聞き取りを別室で1人ずつ実施

利用者への聞き取り等の結果（概要）

Tさん、男性

同じ法人の児童施設の出身、現在はグループホームで生活しています。
生活介護で取り組んでいるさおり織は楽しいです。
休日にヘルパーさんと外出することが楽しみです。
カラオケや美味しいランチをします。サザンオールスターズが好きです。
お寿司、お刺身が好きです。
セブンパークにも行きました。衣類の購入は後見人さんが買ってきてくれます。
万博に行きたいです。新しい電車に乗りたいです。
困っていることはありません。グループホームのお友達4人と仲良く生活しています。
世話人さんも優しく、美味しい食事を作ってくれます。魚料理が好きです。

Kさん、男性

他法人の施設からグループホームに移ってきました。3人で生活しています。
現在はシルフでパンを作っています。販売や計量をしています。
20日が給料日でした。たくさん（けっこう）もらいました。
休日にヘルパーさんと外出することが楽しいです。TSUTAYAで買い物したり、昼ご飯を食べます。服を買ったりもします。
シルフのみんなと旅行に行くのが楽しみです。
ユニバーサルスタジオに行ったのが楽しかったです。また、行きたいです。
友だちと仲良くしています。困っていることはありません。

＊男性二人からお話を伺いました。就労B型、生活介護と日中の場は違いますが、日々の生活を頑張られています。休日の外出を楽しみにされています。買い物をしたり、外食でグループホームの献立やシルフの弁当にはないメニューを食べられるのが楽しみとのことでした。