

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	共同生活援助・生活介護・就労継続支援B型・居宅介護	
代表者氏名	センター長 鐘ヶ江 康郎	
定員（利用人数）	109 名	
事業所所在地	〒 545-0011 大阪市阿倍野区昭和町4-6-5	
電話番号	06 - 6629 - 7778	
FAX番号	06 - 6621 - 5575	
ホームページアドレス	http://www.helenkeller.jp/publics/index/43/	
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 20 名	非正規 83 名
専門職員※	社会福祉士：2名 介護福祉士：17名 看護師：2名 精神保健福祉士：2名 保育士：5名	
施設・設備の概要※	[居室] GH：10ホーム・12ユニット・48室	
	[設備] 作業室：5室 工房：1室 店舗：1店 多目的室：1室 相談室：1室 静養室：2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	1 回
前回の受審時期	平成 28 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】

〔法人理念〕

利用者本位の視点に立ち、『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・働きがいのもてる生活』を柱とし、一人ひとりのニーズに即した支援を心がける。また、地域の福祉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て、「守る福祉」でなく、常に利用者ニーズに応えられるよう絶えず先駆的事業に取り組んでいく。職員のキャリアアップを図り、働き甲斐のもてる職場環境の整備、優秀な人材の育成に努める。また、安定的な財務基盤の確立へ、適切な収益確保にも努力し、計画的・効率的な事業運営を目指す。

【施設・事業所の特徴的な取組】

- 地域生活支援センター「各駅停車」は、
 - ① 共同生活援助事業所〔グループホーム・アテナ〕 ＊コメントでは〔GH〕としていません。
 - ② 小規模多機能事業所（生活介護・就労継続支援B型）〔シルフ〕
 - ③ 生活介護事業所〔一丁目〔二丁目〕〕
 - ④ 居宅介護等事業所〔最寄駅〕の四つの事業所を統括しています。
- 各事業所の周辺は閑静な住宅街で、古い空き家も増え、防犯上から賃貸提供を考える家主も少なくなく、借りあげ物件の確保は比較的容易です。
- どの事業所も地域住民との関係は良好で、施設の特色を生かした事業展開をしています。
- 現在〔シルフ〕は改修工事中で、完了後は同じ建物に「各駅停車」も入る予定となっています。

【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	令和2年6月22日～令和2年6月23日
評価決定年月日	令和2年9月25日
評価調査者（役割）	16101B021（運営管理・専門職委員） 16101B020（運営管理・専門職委員） （ ） （ ） （ ）

【総評】

◆評価機関総合コメント

- ① 全事業所ともに地域の民家を改修したものです。狭いスペースながら、空間を最大限生かす工夫がなされています。
- ② 地域住民とも良い関係を保つように努力されています。
- ③ 各事業所間の情報共有が大きな課題です。同法人内の事業所を参考に、情報共有システムの環境を整備していく必要があります。
- ④ 生活介護でのマンパワー不足は深刻ですが、実習生の積極的な受け入れや、より幅広いボランティアの開拓などがその解消につながる可能性もあります。また、職員募集については、良好な関係を保たれている近隣へのポストインなど直接的な働きかけも有効かと思われれます。

◆特に評価の高い点

- ① 『各駅停車』の運営指針にある「風通しのよい職場」は、職員の声としてもよく聞かれました。今後もこのことを基本にした、組織的で一体的な運営をとの期待が高まります。
- ② [一丁目]は活動場所が狭いスペースながら、落ち着いた雰囲気を出し出すことに努め、また職員が支援の切り替えを行うたびに声をかけながら確認し合うところが印象的でした。
- ③ どの事業所でもそれぞれの施設機能を生かした取り組みで地域住民との良い関係を築いています。特に[GH]の場合は、地元自治会との関係を保ちながらスムーズな運営を展開しています。今後も地元ニーズの把握に努めながら、公益性の高い事業展開を期待します。
- ④ センター長は、マニュアルの必要性を強調し、各職員への周知についても努力がみられます。

◆改善を求められる点

- ① 日々の支援記録がどの事業所も手書きで行われています。支援面でのデータ化や効率面からも、業務全般にわたってパソコンの導入が望まれます。
- ② [一丁目]と[二丁目]については、インターバルはあるものの情報の共有化ははかられています。ただ、他の事業所間での資料・情報交換は手渡しの形で行なわれていて、そのために、それぞれの事業所の日々の利用者状況や事業所の動向がタイムリーに把握しづらい状態です。スタッフからは戸惑いと円滑な情報共有化を切望する声が聞かれました。4事業所でのスムーズな連携による運営がなされるためにも、IT化に一步踏み出される必要を感じます。
- ③ セルフチェックシート（振り返りシート）を半期に一度提出することになっています。ただ、それに対してのセンター長からのコメントがないのは残念です。振り返りシートの提出も、年に3-4回程度が望まれます。
- ④ センター会議、運営適正化委員会、管理者委員会、虐待防止委員会がありますが事案がすべて運営適正化委員会にかけられています。各会議の役割について見直しが必要と考えます。また全事業所の職員が集まって話し合う機会がありません。会議全般について改めての整理が必要です。
- ⑤ [シルフ]は地域の好立地にありますが、店頭でのパン販売では、もどかしい接客場面が多く見受けられました。「就A」への移行を踏まえた訓練の必要性を感じました。

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回で2回目の受審となりました。前回に比べ、若干、改善はされていると感じました。しかし、データの共有化やセルフチェックシートの活用など、整備や実施を行っているにもかかわらず、有効に機能していないこと。事業所全体の集まる会議の実施など、多くの改善点を指摘していただきました。

今回の受審結果を真摯に受け止め、ご利用者の皆様・ご家族や後見人様などから満足いただける支援はもちろん、当事業所にて従事している職員にも満足してもらえる事業所を

目指して、一歩ずつ歩んでいきます。

◆**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。		
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。	b
(コメント)	職員への周知を図るよう努力されています。特に[シルフ]については出入口の目につきやすいところに掲示しています。[一丁目]の常勤職員からも「意識するよう努力をしている」との言葉が聞かれました。一方で、[GH]非常勤職員や世話人への周知は不十分です。支援の根幹となる基本的姿勢については、あまねく徹底が望まれます。	
		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。		
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
(コメント)	毎月のセンター会議において4事業所の収支状況と人件費を含めた状況表が提示されて詳しい説明が行われています。	
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。	b
(コメント)	共有された課題から必要な取り組みへと押し進めていく具体の行動力に弱さがみられます。また、センター会議に参加しない非常勤やパート職員も議事録を把握できる体制が必要で、要約の回覧や掲示をするなどの工夫が望まれます。	
		評価結果
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。		
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。	b
(コメント)	一部進行中のハード整備や市への弁済(過誤請求分返戻)の計画は明確に示されています。しかし[GH]を除いた各事業所の狭小な活動スペースの現状は、切迫した課題であるはずですが、そのことに関する改善計画が見当たりません。法人の事情等はあるにせよ、各々の施設の喫緊の課題として明確にしておかれることが望まれます。	
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。	b
(コメント)	年度ごとの事業計画が策定されていますが、中長期計画と関連づけられたものと言うには不十分です。	

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。	b
	(コメント)	事業計画の策定は、限られた職員ながら話し合いの中で行なわれていますが、計画の評価、見直しについては十分とは言えません。ルールと仕組みを定め、組織的かつ定期的に実施されることが望まれます。	
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。	b
	(コメント)	利用者への説明はありませんが、家族には定例会（年間2回）で説明されています。	

			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。			
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。	b
	(コメント)	法人として持たれる「向上委員会」がその機能を有していますが、効果として十分浸透しているかは疑問です。その一方、半期に一度、全職員に提出が求められている「振り返りシート」は、一定の効果が期待できると考えられます。	
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。	b
	(コメント)	これまで「振り返りシート」に対する逐一のコメントはなされていませんが、センター長や管理的職員による個々へのメッセージは、士気高揚につながるものと思われしますので、可能な限り返していかれ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。		
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込めている。	b
	(コメント) 今年度新たに「副施設長」が置かれたことによって、十分ではなかったセンターとしての全体統括が容易になったことは評価できます。今後、各事業所の現状把握が進むことから、センター長としての、さらなる明確なメッセージの発信が望まれます。	
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
	(コメント) 社協の自立支援協議会などに積極参加することによって多くの情報を得ています。会議などの機会に持ち帰った有益情報の伝達に努められています。	
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。	b
	(コメント) 人権擁護はじめ多くの研修を実施し、スキルアップやサービスの質の向上に取り組んでいます。一方、職員からの提案がまとめられ、センター長に提出する仕組みもあります。良い提案は実現に努め、士気の向上に結びつけることが望まれます。	
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。	b
	(コメント) 経営改善については、しばしばセンター会議や管理者会議で取り上げられています。また、業務の実効性に関しては、各事業所間の情報の共有に苦慮されています。特に[一丁目]は他事業所と地理的に離れているため、毎朝の送迎時を利用して書類のやりとりをするなど必要な情報交換に努められています。今後のあり方として、[一丁目]([二丁目])を他の事業所と切り離して運営する案も浮上しているようです。議論を深めつつ早期に結論を出す必要があります。	

		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。		
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。	c
	(コメント) [一丁目]([二丁目])では男子職員の増員を望む声が大きくなっています。確保・育成に努めてはいますが退職の多さに追いつけていない状況です。不十分さが否めない新任非常勤の教育については、担当を置くなどの対策が求められます。[GH]では夜間の女性支援員の不足が切実な問題となっています。また[最寄駅]の登録ヘルパー数の増員についても大きな課題と言えます。	

15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
(コメント)	一人ひとりに年間目標の提出を義務づけています。年2回職員面談があり、年度末には異動の希望も聞いています。人事考課を誰が行っているのか定かでないとの声も少なからずありました。人事管理は公明正大で、ある程度の透明性も要求されます。	
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り組んでいる。	a
(コメント)	ほとんどの職員が、「相談しやすい人がいる」「風通しのよい職場である」と話されています。 どの事業所も狭い空間の中、職員の休憩室が用意されています。特に[一丁目]については更衣室兼用ながらも広い休憩室が確保されています。	
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
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。	b
(コメント)	「振り返りシート」を半年に1回実施していますが、せっかくの材料をうまく活用できていません。施設長との面談や、少なくともコメントを返すなどして、個別の育成に資することが強く望まれます。	
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。	b
(コメント)	[GH]と[最寄駅]全職員への研修を統合する計画はあるようですが、現実には全員参加は難しい状況です。年間を通して計画的に日程を分けて実施するなどの工夫が望まれます。	
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。	b
(コメント)	法人主催の研修は全員が対象でほぼ参加できています。[最寄駅]では希望した研修にほぼ参加可能ですが、[一丁目]の場合、男女比不均衡という事情から、希望しても参加できないことや、非常勤やパートにまで機会提供できないという現状があります。このように事業所によって格差が生じていることには、何らかの対策が必要です。	
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。		
20	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)	社会福祉士の実習指導者資格を有する職員もいて、受け入れ体制は整っています。 [一丁目][二丁目]については利用者の属性もあって学校からの希望はありません。 [シルフ]では専門学校生を年間2~3人受け入れています。学生に合わせてプログラムの提供、中間面談や振り返りも行なって課題をフィードバックしています。受け入れと指導のマニュアルもあります。今後は[シルフ]が受け入れ窓口となり、他の事業所に配していくという方法などを検討してみられてはいかがでしょうか。	

		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。		
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
	(コメント) 法人の「ホームページ」を起点にして、各事業所の情報が発信されています。	
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。	b
	(コメント) 法人の方針として毎年税理士によるチェックを受けています。それ以外には、外部の専門家等による特別なチェックはなされていません。	

		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。		
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
	(コメント) それぞれの事業所は、地域行事には積極的に参加しています。[一丁目]では広報誌「一丁目便り」を発行、当初月刊でしたが今は季刊になり、活動の予定についてのみ毎月お知らせしています。 自立支援協議会、区の作業所連絡会に参加しての間接的な交流もあります。	
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。	b
	(コメント) 区社協紹介のボランティア団体に登録をしています。[シルフ]通所者の旅行(1回/年)には受け入れています。[一丁目]では「重度の方は具体的なニーズ把握が難しい」とのことですが、レクリエーション技能を有するボランティアなどの受け入れは有用で、地域の状況からも希望者は少なくないのではないかと思います。	
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
	(コメント) 医療面では[シルフ]の嘱託医が[G H]と兼務していて地域の医療機関との連携ができています。[シルフ]は自立支援協議会と運営面での情報共有を活発に図っています。 また、不定期ですが[一丁目]は地元中学校へ出向き「福祉教育」も行なっています。	

Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
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
(コメント)	[シルフ]はパン販売のための店舗を常設して地域との交流を図るとともにパン作り教室も行なっています(1回/年)。「さをり織」体験については希望があれば順次受け入れています。【AED設置】のシール掲示をしています。[一丁目]では、地元中学校の職場体験の受け入れ(1回/年)を。また、[二丁目]では施設のウィンドーに季節季節にあった飾りつけを行なって地元の人に喜ばれています。	
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。	b
(コメント)	どの事業所も地域とのよい関係を築くように努力しています。特に[GH]では挨拶を徹底し、不定期ながら近所の清掃を行なっています。地区自治会は役割免除で会費は支払い、回覧板が回るように配慮を得ています。今後さらに、地域ニーズを具体的に把握していき、公益を意識した活動を拡大していくことが望まれます。	

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。		
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。	b
(コメント)	各事業所とも法人理念や職員行動指針に沿って業務が行なわれていますが、新人職員や非常勤職員までには浸透していません。早期の集中的な取り組みが必須です。	
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。	b
(コメント)	[二丁目]では、狭い活動場所のなか、トイレを男女別にするなど、可能な範囲での努力が感じられます。できれば、シャワー設備の整備が望まれます。	
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
(コメント)	見学や体験利用には積極的に応じています。[シルフ]では、利用希望者の「体験利用受け入れについて」の特別なマニュアルが整備されています。	
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。	b
(コメント)	(GH) 家族や後見人には周知していますが、本人には十分なされていません。他事業所では、福祉サービスの開始にあたってのアセスメントについては共通の様式にしようという考えはあります。またデータ・情報の共有にも課題があるとのこと。	

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。	b
	(コメント)	他の事業所から受け入れる、または送り出す際の「引継ぎ文書」がありません。共通様式文書の整備が望まれます。	
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。			
33	Ⅲ-1-(3)-①	利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	c
	(コメント)	満足度調査等はありません。[GH]では、家族からの要望を聞く会合などは持っておらず、ホームへの訪問も後見人のみとのことです。法人として「第三者委員」を委嘱していますが、事業所訪問や意見を聞く場・機会などは設けられていません。	
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。	b
	(コメント)	苦情解決の体制は確立されており、ホームページにも掲載されています。[一丁目]では、苦情解決の受付と第三者委員についての掲示もなされていますが、他の事業所では、目につくところには確認できませんでした。	
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。	b
	(コメント)	すべての事業所に、自治会や定期的な集まりはありません。[シルフ]では旅行の希望を聞く場合には昼休みの時間を利用するとのことです。	
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。	b
	(コメント)	[最寄駅]では、利用者の希望を聞くために、サービス提供責任者が随時訪問や電話をして直接聴取することにしています。	
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。			
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
	(コメント)	[GH][一丁目][シルフ]では、緊急対応マニュアルが整備されています。[最寄駅]には、外出中のヘルパーに緊急事態が生じた場合の対応マニュアルが用意されています。	
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
	(コメント)	[GH]には、感染症対応マニュアルが用意され、連絡体制も確立しています。他事業所も含めて新任職員にはマニュアル一式を渡して確認をするなど、周知への努力がなされています。	

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
	(コメント)	定期的な避難訓練を実施しています。特に[GH]では、ホームごとで日程を変えて毎月行なっています。またホームから消防署への直通通報装置も設置されています。 緊急時対応マニュアルもあります。夜間支援のないホームでは利用者が担当者へ電話連絡しやすいように工夫されています。一部のホーム（近日中引っ越し予定）を除いて、スプリンクラーも設置されています。 [シルフ][一丁目][二丁目]では、実施計画においては火災訓練、防災訓練が年2回設定されています。	

	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。			
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。	b
	(コメント)	様々な支援についてのマニュアルが整備されています。いつでも閲覧できる状況にあり、職員個々に配布もされています。ただ、マニュアルに沿った福祉サービスの提供が日々の支援現場でなされているかどうかを確認するシステムの構築が望まれます。	
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。	b
	(コメント)	各種支援マニュアルの見直しは「運営適正化委員会」で議論することになっていて、実際に問題発生時にマニュアルが見直されたことも確認できました。しかし、特に問題が起きない場合でも、マニュアルを定期的に点検される仕組みが必要です。	
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。			
42	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)	個別支援計画策定の責任者が配置され、利用者のニーズが把握され明記されています。アセスメントは利用者一人ひとりの身体状況や生活状況を把握するとともに、どのようなサービスを実施するかを明らかにする大切なものです。利用者の一部にアセスメント記録が確認できない方がいます。全員についてアセスメントを確実に実施し、具体的なニーズが明示されることが望まれます。	
43	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。	c
	(コメント)	法令で定められた福祉サービス実施計画「個別支援計画」が未作成であったことが判明し、改善に向けた取り組みが進められています。このような事態を回避するためにも、組織としてアセスメントから計画策定、実施、評価、見直しといった一連のプロセスを確立し、適切に行われているか確認する仕組みを整備する必要があります。	

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。

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となっています。地域生活支援センターとしての統一された様式がなく、情報共有が難しい環境です。ネットワークシステムの活用や記録ファイルの回覧等を実施して、事業所内で情報を共有する仕組みを早急に整備されることが望まれます。	
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
(コメント)	法人として個人情報管理規定やガイドラインが制定されています。事業所としても「個人情報使用についての同意書」「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同意書」で目的を明示し、毎年確認が行われています。今後、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		
A①	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。	b
(コメント)	<p>各事業所では外出先や旅行の行き先を決める際は利用者の主体性を尊重した支援が行われています。また、パンの製造過程においての分担や、午後からの余暇活動への参加についても利用者の意思決定が尊重されています。ガイドヘルパーとの外出では、理美容先や昼食メニュー等で利用者の意思・希望や個性を尊重しながら支援提供されています。</p> <p>なお、日常のルール等を決める際にも、そのような姿勢でもって、利用者話し合う、あるいは、利用者同士が話し合う機会を設けるなどの取り組みが望まれるところです。</p>	
A-1-(2) 権利侵害の防止等		
A②	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。	a
(コメント)	<p>各事業所から虐待防止委員会の委員が選出され、毎月の会議が開催されています。すべての職員が必ず参加できるように虐待防止に関する研修が年間4回計画されています。</p> <p>「興奮した利用者がパニックになった際に自傷・他害を防ぐため、一時的に手袋を着用し、両手首を持って行動を制する」対応等について、具体的でわかりやすい説明書を作成し、家族の同意を得る取り組みが行われています。</p>	
A-2 生活支援		
A-2-(1) 支援の基本		
A③	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)	<p>日常生活上の見守りと支援内容が個別支援計画に反映されています。具体的には昼食後の食器の片づけや身の周りの掃除・片づけ等は自分で率先して行なうよう、支援員の援助が過剰にならない見守り支援をしていくことが職員間で共有・実践されています。</p>	
A④	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)	<p>意思伝達に困難さがある利用者には、絵や写真を使ったカード・スケジュール表等がコミュニケーションツールとして活用されています。また、点字を用いた予定表を作成するなどの配慮もなされています。今後、こうした取り組みを日常的な記録に残し、個々のアセスメントや支援計画に反映させて、評価・見直しを行なうことが期待されます。</p>	
A⑤	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)	<p>利用者に活動内容やその他の悩みごとがある場合には、その都度面談する機会が設けられています。今後は、その相談内容等は記録し、サービス管理責任者等に報告されて、事業所の職員間や関係機関と共有できる仕組みを確立すること、また、その手順の明確化等も望まれます。</p>	

A⑥	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]の生活介護では、午前中は主にさをり織の創作活動に取り組んでいます。利用者の個性が色や柄などに表現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・工夫されています。午後は余暇・レクレ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・調理実習・お茶・生け花等、利用者それぞれのニーズに対応する様々なメニューが提供がなされています。	
A⑦	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)	各事業所において自閉症や発達障がい等の利用者一人ひとりの障がい状況、固有の行動特徴が把握され、それらに合った環境が整えられています。職員間で支援方法等の検討と理解が共有され日々の支援が行われています。支援技術向上のための研修や専門職の助言等を得て、さらなるサービスの質の向上を図ってください。	
A-2-(2) 日常的な生活支援		
A⑧	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)	一部自宅からの通所者で弁当を持参する方もいますが、昼食はほとんどが宅配弁当を利用しています。グループホームの食事は宅配される食材を基に世話人が調理していて、嗜好を考慮した献立とはなっていないので、入居者は外出時の食事を楽しみにされています。生活介護事業所で誤嚥事故が発生したことから、利用者の一人ひとりの障がい状況に応じた食事介助や支援の重要性が再認識されてきています。	
A-2-(3) 生活環境		
A⑨	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。	c
(コメント)	事業所はすべて地域の住宅を改修した建物を使用してきました。「常時介護を必要とされる障がいを有する方」が通所利用されていますが、段差があり、スペースは狭く、閉塞感はありません。特にシャワー設備がなく、夏場や排せつ後の処理等、清潔感の確保に課題があります。[シルフ]に関しては現在大掛かりな改修工事が行なわれていますが、他の事業所の環境改善も、早期着手が強く求められます。	
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練		
A⑩	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。	b
(コメント)	日常のラジオ体操など、しっかり身体を動かす活動への積極的な参加を促しています。車いす利用者には昼休みに足首を回すなど、下肢の柔軟体操に取り組むよう声掛けが行われています。障がい状況に応じたより有効な対応法について、OT/PT等の専門職による助言・指導が適切に行われる機会や場面設定が望まれます。	
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援		
A⑪	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)	通所時の検温や通所してからの体調変化への対応は手順に沿って適宜行われています。医療ニーズのある利用者が多く通所されています。看護師の常時配置が望まれます。	
A⑫	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)	薬の使用に誤りがあった場合などにはヒヤリハット記録や事故報告書が作成され、再発防止に努めています。[グループホーム]では鍵付きのキャビネットに薬品類が保管されていましたが下剤だけは放置されていました。あらゆる薬が同様に管理すべきと考えます。生活介護事業所には「常時介護を必要とする方」が通所されています。さらなる安全管理体制の構築と、専門性を高めるための研修実施が強く望まれます。	

A-2-(6) 社会参加、学習支援			
A⑬	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。	a
	(コメント)	[シルフ]では販売に携わるかなど、日々の活動について利用者の意向が尊重されています。[グループホーム]と[最寄駅]でも繁く情報提供を行ない、利用者の意向を確かめながら毎週の外出(ヘルパー利用)予定、タイムスケジュールが組まれています。	
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援			
A⑭	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)	地域での生活を継続するため、事業所だけではなく相談支援事業所や行政機関との連携が図られています。高齢化や障がい状況が進んだ利用者の生活環境整備のためグループホームの移転統合を行ない、防火対策が整った新しいホームが用意されました。	
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援			
A⑮	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)	自宅から通う利用者では、日々連絡ノートで情報交換を行い、疎通を図っています。各事業所で発行する年4回の機関紙に加え、毎月の予定を伝える広報誌を発行しています。家族会は事業所ごとに年1~2回開催され、個別支援計画の説明、情報・意見交換が行われています。	
			評価結果
A-3 発達支援			
A-3-(1) 発達支援			
A⑯	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)	非該当	

		評価結果
A-4 就労支援		
A-4-(1) 就労支援		
A⑰	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) 就労継続支援B型のパン製造部門では、半年ごとに利用者の希望を聞き、それによって製造工程の担当を交代することもあります。販売、納品、イベント参加、それぞれの場面において、利用者一人ひとりがやりがいを持って仕事に取り組めるよう、働く意欲の維持・向上のための支援に配慮しています。	
A⑱	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) 就労継続支援B型では、工賃規定を定め、販路の拡大に努めるなど工賃引き上げへの努力がなされています。生活介護事業では、午前中にさをり織の創作活動を行い、午後からは調理実習、お茶、生け花、ダンス等の様々な活動に取り組まれています。さをり織製品を商品と位置づけ工賃の支払いが発生するのであれば、規定整備も考慮が必要となります。	
A⑲	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。	b
	(コメント) 自立支援協議会、区作業所連絡会に参加し定期的な連携を行なっています。モニタリングの際は利用者の希望と意思確認が行われていますが、数年来、就労A型や地域移行の実績がありません。利用者の希望と意向に応じた、多様な働く場を確保するため、職場開拓や就職活動へのさらなる注力が望まれます。また、日常の販売等の実際場面において、適切な接客技術の指導等、社会スキル習得に向けた具体的な支援が求められます。	

利用者への聞き取り等の結果

調査の概要

調査対象者	就労支援B型に通所されている利用者の中から事業所が選出
調査対象者数	2人
調査方法	事業所職員は同席せずに、評価調査者が一対一で、一人ずつ15分程度の聞き取りを行なう。

利用者への聞き取り等の結果（概要）

[Y・Mさん：女性]

現在の作業内容は「だんごを丸める」「卵をぬる」「卵をのせたりする」と自分が担当しているパン作りの作業について話をしてくれる。

「後片付け」にもしっかり取り組んでいるとのこと。

自宅から自力通所されており、交通機関には興味があって、詳しく話をしてくれる。

休みの日はヘルパーさんとの外出を楽しまれているようで、好きな電車に乗って様々なところに出かけているようでした。

シルフの弁当は毎日おいしく食べており、好物は「イチゴ」です。

自分のこづかいで毎日ジュースを買います。

余暇はぬり絵や音楽を聴くことで「演歌・アニメ・Jポップ」のCDをもっています。

昨年の一泊旅行は「琵琶湖グランドホテル」に出かけましたが、今年の予定は「まだわかりません」と答えてくれました。

[Y・Kさん：男性]

シルフに通所されてから1年と半年を迎えられました。

「普段の工賃は3万円～4万円もらっていますが、現在はコロナの影響で販売に行くことができないため、半分ほどになってしまった。」と残念そうでした。

主に「販売」を担当されているようで、特に「パソコンを使っての仕事」が得意とのこと。

休日はあまり外出をすることはなく、「家で好きなパソコンを使ったり、ゲームやCDを聞いて過ごしている」とのこと。

現在、気を付けていることは「体調の悪いときは無理せずに休憩をする」とのこと、「休憩時間はみんなでおしゃべりして、けんかをする事なく、楽しく過ごし、作業は集中して取り組む」と意気込みを話してくれました。

*お二人ともに現在の作業について楽しんで、やりがいを持って取り組んでいる様子が伺えました。今年の一泊旅行がいつどこに行くのか楽しみにしておられます。

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