

社会福祉法人 県央福社会
グラント遠藤 御中

**【平成28年度】
第三者評価結果報告書
〈東京都版〉**

平成28年12月21日

かながわ福祉サービス評価認証機関 第28号



1	<p>理念・方針（関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</p> <p>事業者が大切にしている考え（事業者の理念・ビジョン・使命など）のうち、特に重要なもの（上位5つ程度）を簡潔に記述 （関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</p> <p>1)人権擁護 2)個別支援 3)危機管理 4)相談支援 5)説明責任</p>
2	<p>期待する職員像（関連 カテゴリー5 職員と組織の能力向上）</p> <p>(1)職員に求めている人材像や役割</p> <ul style="list-style-type: none"> ・誠実さ・専門性(個性を見極め、それぞれに合った支援を展開すること) ・法令順守・オフィスマナーの遵守 <p>(2)職員に期待すること(職員に持って欲しい使命感)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自発的に仕事を創造すること。 ・積極的に研修に参加し、専門性を高め発信すること ・常に人権擁護の意識を持つこと ・積極的な社会貢献

調査対象

調査対象は、利用者(本人)で、利用者総数は36名となりました。有効回答人数は33名となりました。

調査方法

利用者調査の方法は、アンケート方式聞き取り方式で実施致しました。アンケートは無記名で返信用封筒に入れて機関に送付いただき、回答者が特定されないように配慮しました。聞き取り調査は事業所側に個室をご用意いただき、1対1で行い匿名性を確保しました。

利用者総数

36

共通評価項目による調査対象者数
 共通評価項目による調査の有効回答者数
 利用者総数に対する回答者割合(%)

アンケート	聞き取り	計
24	12	36
24	9	33
66.7	25.0	91.7

利用者調査全体のコメント

調査対象36名に対し、有効回答33名と回答率は91.7%でした。総合的な評価では、「大変満足」及び「満足」の回答が93.8%という結果となり、回答した9割の利用者が満足している様子が窺えます。施設に対する総合的なコメントを見ると、「自分のことを見ていただけてうれしいです。不安な事など相談にのってもらって助かっています。職員は良い人ばかり。グランツに入って良かったと思います。オハナの仕事は楽しいです。センター販売の仕事も楽しいです。スイーツの販売や皿洗いの仕事も楽しいです。」「楽しく過ごしています。こちらでがんばりたいです。」という意見がありました。一方、「通勤時間が16時になっているのですが、15時30分にお迎えになります。」という意見もありました。

利用者調査結果

共通評価項目	実数			
	はい	どちらとも いえない	いいえ	無回答 非該当
1. 利用者は困ったときに支援を受けているか	30	2	1	0
回答割合は、「はい」が90.9%、「どちらともいえない」が6.1%、「いいえ」が3.0%、「無回答・非該当」が0%という結果となっています。自由意見では「相談にのってくれます。」「助けてくれます。」「話をよくします。パートの人ともおしゃべりします」という意見がありました。一方「自分でやります。」「怒られる時もあります。」という意見がありました。				
2. 事業所の設備は安心して使えるか	29	3	0	1
回答割合は、「はい」が87.9%、「どちらともいえない」が9.1%、「いいえ」が0%、「無回答・非該当」が3.0%という結果となっています。自由意見では「問題なく使えます。」「今のところ、問題ありません。」という意見がありました。				

3. 利用者同士の交流など、仲間との関わりは楽しいか	22	3	3	5
<p>回答割合は、「はい」が66.7%、「どちらともいえない」が9.1%、「いいえ」が9.1%、「無回答・非該当」が15.1%という結果となっています。自由意見では「仲良いです。相談もします。」「伊豆旅行楽しみです。」「余暇活動や旅行を通して交流がもてて楽しいです。」という意見がありました。一方「耳が不自由なので、コミュニケーションは困難です。」「日によってよかったり、悪い時もあります。」という意見がありました。</p>				
4. 【生活介護】 事業所での活動は楽しいか	26	5	1	1
<p>回答割合は、「はい」が78.8%、「どちらともいえない」が15.2%、「いいえ」が3.0%、「無回答・非該当」が3.0%という結果となっています。自由意見では「職場にやりがいを感じています。」「パームクーヘンを作り、楽しいです。」という意見がありました。一方「時々、作業室の外に出てリフレッシュしたいです。」「新しい利用者の行動が不快を招き、状態が悪化しているようにみえます。」という意見がありました。</p>				
18. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか	30	2	0	1
<p>回答割合は、「はい」が90.9%、「どちらともいえない」が6.1%、「いいえ」が0%、「無回答・非該当」が3.0%という結果となっています。自由意見では「きちんと掃除している。」「きれいになっています。」「毎日掃除をしています。」という意見がありました。</p>				
19. 職員の接遇・態度は適切か	30	3	0	0
<p>回答割合は、「はい」が90.9%、「どちらともいえない」が9.1%、「いいえ」が0%、「無回答・非該当」が0%という結果となっています。自由意見では「やさしいです。丁寧に接してくれます」「職員は皆やさしいです。」「パートの人は良いです。」という意見がありました。一方「ある職員は少し話づらいです。」という意見がありました。</p>				
20. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	30	1	1	1
<p>回答割合は、「はい」が91.0%、「どちらともいえない」が3.0%、「いいえ」が3.0%、「無回答・非該当」が3.0%という結果となっています。自由意見では「よく声掛けをしてくれます。」「表情や言動等の行動観察をよく見て頂いていますし、報告もして下さるので信頼しています。」「という意見がありました。一方「体調が悪い時、職員さんに伝えず黙ったままです。」という意見がありました。</p>				
21. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	22	2	2	7
<p>回答割合は、「はい」が66.7%、「どちらともいえない」が6.1%、「いいえ」が6.1%、「無回答・非該当」が21.1%という結果となっています。自由意見では「職員はうまくコントロールします。」「実際にいさかやいじめ等を聞いた事がないです。」という意見がありました。一方「たまにけんかがあります。」という意見がありました。</p>				
22. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	30	2	1	0
<p>回答割合は、「はい」が90.9%、「どちらともいえない」が6.1%、「いいえ」が3.0%、「無回答・非該当」が0%という結果となっています。自由意見では「コミュニケーションが苦手な本人の気持ちを考えて下さっています。表情や言動から目に見えることだけでなく、どう思っているか、どう感じたかを大切に、関わって下さっています。」という意見がありました。</p>				

23. 利用者のプライバシーは守られているか	29	1	1	2
回答割合は、「はい」が87.9%、「どちらともいえない」が3.0%、「いいえ」が3.0%、「無回答・非該当」が6.1%という結果となっています。自由意見では「言ってしまう可能性があるので、しゃべりません。」「プライバシーを守られなかったことが最近ありました。」という意見がありました。				
24. 個別の計画作成時に、利用者の状況や要望を聞かれているか	30	2	1	0
回答割合は、「はい」が90.9%、「どちらともいえない」が6.1%、「いいえ」が3.0%、「無回答・非該当」が0%という結果となっています。自由意見では「意見をしっかりと言います。」という意見がありました。一方「意見は言います。通らない時があります。」という意見がありました。				
25. サービス内容や計画に関する職員の説明はわかりやすいか	29	3	1	0
回答割合は、「はい」が87.9%、「どちらともいえない」が9.1%、「いいえ」が3.0%、「無回答・非該当」が0%という結果となっています。自由意見では「分かりやすいです。」という意見がありました。一方「複雑なことは、理解できないと思います。」という意見がありました。				
26. 利用者の不満や要望は対応されているか	24	5	0	4
回答割合は、「はい」が72.7%、「どちらともいえない」が15.2%、「いいえ」が0%、「無回答・非該当」が12.1%という結果となっています。自由意見では「相談しながら、職員と良く過ごしています。」「気持ちに寄り添って下さっています。」「話を聞いてくれる人が多く助かっています。」という意見がありました。				
27. 外部の苦情窓口（行政や第三者委員等）にも相談できることを伝えられているか	14	8	3	8
回答割合は、「はい」が42.4%、「どちらともいえない」が24.2%、「いいえ」が9.1%、「無回答・非該当」が23.3%という結果となっています。自由意見では「外部に相談できることは知っています。」という意見がありました。一方「貼り紙は見たことがありますが、意識はしていません。」「支援員さんしか知りません。他にもいるのでしょうか?。」という意見がありました。				

I 組織マネジメント項目(カテゴリー1～5、7、8)

No.	共通評価項目	
	カテゴリー1	
1	リーダーシップと意思決定	
	サブカテゴリー1(1-1)	
	事業所が目指していることの実現に向けて一丸となっている	サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況 9/9
	評価項目1 事業所が目指していること(理念、基本方針)を明確化・周知している 評点(〇〇〇〇)	
	評価	標準項目
	●あり ○なし	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を明示している ○非該当
	●あり ○なし	2. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、職員の理解が深まるような取り組みを行っている ○非該当
	●あり ○なし	3. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、利用者本人や家族等の理解が深まるような取り組みを行っている ○非該当
	●あり ○なし	4. 重要な意思決定や判断に迷ったときに、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を思い起こすことができる取り組みを行っている(会議中に確認できるなど) ○非該当
	評価項目2 経営層(運営管理者含む)は自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業所をリードしている 評点(〇〇)	
	評価	標準項目
	●あり ○なし	1. 経営層は、自らの役割と責任を職員に伝えている ○非該当
	●あり ○なし	2. 経営層は、自らの役割と責任に基づいて行動している ○非該当
	評価項目3 重要な案件について、経営層(運営管理者含む)は実情を踏まえて意思決定し、その内容を関係者に周知している 評点(〇〇〇)	
	評価	標準項目
	●あり ○なし	1. 重要な案件を検討し、決定する手順があらかじめ決まっている ○非該当
	●あり ○なし	2. 重要な意思決定に関し、その内容と決定経緯について職員に周知している ○非該当
	●あり ○なし	3. 利用者等に対し、重要な案件に関する決定事項について、必要に応じてその内容と決定経緯を伝えている ○非該当

カテゴリー1の講評

法人が掲げる理念・基本方針を当事業所でも会議の場を通じて浸透に努めています

運営法人の掲げる理念や基本方針は事務所や玄関・廊下などに掲示しています。また、全職員に配布した職員ハンドブックに理念や基本方針の他、職員行動指針やコンプライアンス(法令順守)等も明記しています。施設長は理念や基本方針の更なる浸透のため、全職員が参加する作業室会議で、法人が作成したマスタープランの内容を独自に解説用資料に編集し直しパワーポイントを使って説明する機会を設け、法人の考え方を常に身に付けるよう職員への教育に努めています。

年度末に翌年の事業計画書の説明を行い、事業所の目指す方向性を職員に示しています

施設長が中心となって取りまとめた次年度の事業計画書を、年度末の3月31日に作業室会議で全職員に説明しています。この事業計画書は事業所としての方針、重点目標、重点課題の他、事業所の運営、職員の業務、研修、会議、年間行事と全領域をカバーしており、この内容を施設長は説明します。また、月次の会議として日常の支援に関しては作業室会議、SELP会計や法人からの連絡事項など経営面は職員会議で月1回開催しています。この二つの会議で施設長は職員をリードし業務の推進を行っています。

重要な決定事項は職員と利用者・家族に周知する仕組みがあります

法人の重要な決定事項は施設長が集まる所長会議の場で報告しています。また、事業所内では法人や事業所の決定事項は常勤職員が出席する職員会議、全員が出席する作業室会議で職員へ周知しています。利用者・家族には日常の細かな連絡は連絡帳や電話で、法人や事業所の動きは、近隣の同一法人の3施設合同家族会である湘南青葉会の議事録が「青葉会だより」として利用者、家族に毎月配布しています。年度初めには全家族を対象とした家族会総会も開催しています。

カテゴリ2		
2	経営における社会的責任	
サブカテゴリ1(2-1)		
社会人・福祉サービス事業者として守るべきことを明確にし、その達成に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 3/4
評価項目1 社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理などを周知している 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 福祉サービスに従事する者として、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳)などを明示している	○非該当
●あり ○なし	2. 全職員に対して、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳)などの理解が深まるように取り組んでいる	○非該当
評価項目2 第三者による評価の結果公表、情報開示などにより、地域社会に対し、透明性の高い組織となっている 評点(〇●)		
評価	標準項目	
○あり ●なし	1. 第三者による評価の結果公表、情報開示など外部の導入を図り、開かれた組織となるように取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	2. 透明性を高めるために、地域の人の目にふれやすい方法(事業者便り・会報など)で地域社会に事業所に関する情報を開示している	○非該当
サブカテゴリ2(2-2)		
地域の福祉に役立つ取り組みを行っている		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 5/6
評価項目1 事業所の機能や福祉の専門性をいかした取り組みがある 評点(〇●)		
評価	標準項目	
○あり ●なし	1. 事業所の機能や専門性は、利用者に支障のない範囲で地域の人に還元している(施設・備品等の開放、個別相談など)	○非該当
●あり ○なし	2. 地域の人や関係機関を対象に、事業所の機能や専門性をいかした企画・啓発活動(研修会の開催、講師派遣など)を行っている	○非該当
評価項目2 ボランティア受け入れに関する基本姿勢を明確にし、体制を確立している 評点(〇〇)・非該当1		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. ボランティアの受け入れに対する基本姿勢を明示している	○非該当
●あり ○なし	2. ボランティアの受け入れ体制を整備している(担当者の配置、手引き書の作成など)	○非該当
○あり ○なし	3. ボランティアに利用者のプライバシーの尊重やその他の留意事項などを伝えている	●非該当
評価項目3 地域の関係機関との連携を図っている 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 地域の関係機関のネットワーク(事業者連絡会など)に参画している	○非該当
●あり ○なし	2. 地域ネットワーク内での共通課題について、協働して取り組めるような体制を整えている	○非該当

カテゴリー2の講評

福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理などの周知に取り組んでいます

当事業所では、職員に対し実施する入職時研修の他、基本に立ち返るという観点で福祉サービスに従事する者の心構えや基本的知識について周知しています。毎年作成する事業計画書に法人の理念やミッションを必ず記載し意識づけるようにしています。また、「倫理行動要綱」や「倫理行動マニュアル」の読み合わせを年2回、全職員が参加する会議で行っています。障害者虐待防止法や障害者差別禁止法などの法令が施行された時には、わかりやすいパンフレットを取り寄せ職員に説明しています。

実習生やボランティアも受け入れ、地域との交流や社会貢献を行っています

養護学校の先生、保育士志望の学生、行政の職員の方など障がい者福祉の現場を知るという実習を受け入れ、事業所機能を活用した社会貢献を行っています。また、日中活動の軽作業の手伝いや休日活動の楽器演奏、一泊旅行の付き添い等のボランティアも受け入れています。実習生やボランティアの人には利用者のプライバシー尊重や個人情報保護と利用者への対応について勝手な判断をしない等の留意点を最初に伝えるとともに書面でも渡して、トラブルにならないように努めています。

県や地域の関係機関、その他の障がい者関連施設との連携しています

神奈川県福祉職員の実践報告会、湘南東地区障害者施設長会等に参加し関係機関との連携や情報交換をしています。また、施設長が相談支援専門員を兼ねている関係から、他の障がい者施設との交流や連携も行っています。入手した情報は職員会議等で職員に話し、情報を共有するように努めています。現在そのような取り組みに参加できているのは施設長のみで、他の職員は事業所内の事に追われている状況です。今後は他の職員も参加できるように役割分担をしっかりとる等の取り組みが進み、他の関係機関との交流が更に活発になる事が期待されます。

カテゴリ3		
3	利用者意向や地域・事業環境の把握と活用	
サブカテゴリ1(3-1)		
利用者意向や地域・事業環境に関する情報を収集・活用している		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 8/8
評価項目1 利用者一人ひとりの意向(意見・要望・苦情)を多様な方法で把握し、迅速に対応している(苦情解決制度を含む) 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 苦情解決制度を利用できることや事業者以外の相談先を遠慮なく利用できることを、利用者に伝えている	○非該当
●あり ○なし	2. 利用者一人ひとりの意見・要望・苦情に対する解決に取り組んでいる	○非該当
評価項目2 利用者意向の集約・分析とサービス向上への活用に取り組んでいる 評点(〇〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者アンケートなど、事業所側からの働きかけにより利用者の意向を把握することに取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	2. 事業者が把握している利用者の意向を取りまとめ、利用者から見たサービスの現状・問題を把握している	○非該当
●あり ○なし	3. 利用者の意向をサービス向上につなげることに取り組んでいる	○非該当
評価項目3 地域・事業環境に関する情報を収集し、状況を把握・分析している 評点(〇〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 地域の福祉ニーズの収集(地域での聞き取り、地域懇談会など)に取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	2. 福祉事業全体の動向(行政や業界などの動き)の収集に取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	3. 事業所としての今後のあり方の参考になるように、地域の福祉ニーズや福祉事業全体の動向を整理・分析している	○非該当
カテゴリ3の講評		
<p>一人ひとり障がい特性に合わせ、異なる方法で利用者意向の把握に努めています</p> <p>言葉を発する利用者、言葉での意思疎通が難しい利用者、発語そのものがない利用者など障がいの特性は様々で、それによって意向の把握方法を工夫しています。話が可能な利用者は直接の会話、言葉での意思疎通が難しい利用者には筆談や文字ボード、発語のない利用者は表情やいつもと違う行動を観察し意向を把握しています。また、家族が把握している事もあるので家族の意向も重視しています。食事内容の希望は給食会議で、旅行はアンケートで意思確認や行き先希望などが把握しています。</p> <p>月に1回の作業所会議は利用者支援に焦点があてられた会議となっています</p> <p>作業所会議では、全支援員が参加し利用者から把握した意向や要望への対応が一つのテーマです。利用者の日中活動の希望例えば作業種類や人間関係のトラブル処理や希望などが話し合われます。また、利用者の課題的行動の背景にあるものは何か等の分析や対応についても話し合っています。会議では専門性や知識が豊富な職員が主導しがちになっており、職員全員が順番で勉強会をしたり、研修内容を発表するなど、全体レベルの底上げが今後期待されます。</p> <p>地域の関係機関の連携をはかり今後の福祉ニーズの把握と対応に努めています</p> <p>湘南東地区障害者施設長会や養護学校主催の地域連絡会に参加し、当事業所近辺の新設の日中活動支援施設や養護学校卒業生の人数などの把握に努めています。当事業所は訪問調査現在、ほぼ空きがない状態ですが、新しい養護学校卒業生の受け入れについて関係機関と協議し、今後の受け入れについて話をしています。</p>		

カテゴリ4		
4 計画の策定と着実な実行		
サブカテゴリ1(4-1)		
実践的な課題・計画策定に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 11/11
評価項目1 取り組み期間に応じた課題・計画を策定している 評点(000)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 理念・ビジョンの実現に向けた中・長期計画を策定している	○非該当
●あり ○なし	2. 年度単位の計画を策定している	○非該当
●あり ○なし	3. 短期の活動についても、計画的(担当者・スケジュールの設定など)に取り組んでいる	○非該当
評価項目2 多角的な視点から課題を把握し、計画を策定している 評点(0000)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 課題の明確化、計画策定の時期や手順があらかじめ決まっている	○非該当
●あり ○なし	2. 課題の明確化、計画の策定にあたり、現場の意向を反映できるようにしている	○非該当
●あり ○なし	3. 計画は、サービスの現状(利用者意向、地域の福祉ニーズや事業環境など)を踏まえて策定している	○非該当
●あり ○なし	4. 計画は、想定されるリスク(利用者への影響、職員への業務負担、必要経費の増大など)を踏まえて策定している	○非該当
評価項目3 着実な計画の実行に取り組んでいる 評点(0000)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 計画推進の方法(体制、職員の役割や活動内容など)を明示している	○非該当
●あり ○なし	2. 計画推進にあたり、より高い成果が得られるように事業所内外の先進事例・失敗事例を参考にすることの取り組みを行っている	○非該当
●あり ○なし	3. 計画推進にあたり、目指す目標と達成度合いを測る指標を明示している	○非該当
●あり ○なし	4. 計画推進にあたり、進捗状況を確認し(半期・月単位など)、必要に応じて見直しをしながら取り組んでいる	○非該当

サブカテゴリ-2(4-2)

利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる

サブカテゴリ毎の
標準項目実施状況

4/4

評価項目1

利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる

評点(0000)

評価

標準項目

●あり ○なし	1. 利用者の安全の確保・向上を図るため、関係機関との連携や事業所内の役割分担を明示している	○非該当
●あり ○なし	2. 事故、感染症、侵入、災害などの事例や情報を組織として収集し、予防対策を策定している	○非該当
●あり ○なし	3. 事故、感染症、侵入、災害などの発生時でもサービス提供が継続できるよう、職員、利用者、関係機関などに具体的な活動内容が伝わっている	○非該当
●あり ○なし	4. 事故、感染症、侵入などの被害が発生したときは、要因を分析し、再発防止に取り組んでいる	○非該当

カテゴリ-4の講評

毎年度事業計画を作成し、課題の設定とその実行に取り組んでいます

毎年の事業計画は、施設長が原案を作成し、常勤職員が参加する職員会議で内容を検討する流れで作成しています。現場の支援に携わっている職員からの意見も積極的に取り入れています。例えば、作業中心の活動だけでなく、レクリエーションの機会を増やすとか散歩や日中活動の中で営業支援の外出をするなどの提案を課題と目標に組み込んでいます。しかし法人本部から指示のあったSWOT分析(事業所の強み、弱み、脅威、機会)や中間報告時点での職員の意見聞き取りなどはまだ実現されていません。

事業所運営と利用者工賃について常勤職員が参加する会議で報告・討議しています

毎月1回事業所の経営に関する会議があり、常勤職員がこの会議に参加しています。この会議では収入、支出、経費、材料購入や出勤率などの計数管理が必要な事項の報告とその検討が行われています。現在常勤の担当職員の休業で中断しているバームクーヘン事業の収入減、カナルの台所の閉鎖に伴う収入減が直近の収入面の大きな問題点になっており、利用者に支払う工賃の減少にも繋がってしまっています。

防災訓練は年4回行い災害対策を講じる他、事故、感染症、侵入などの対策もしています

地震や火災を想定した避難訓練が年4回行っています。食品を扱う事業所として、ノロウイルスなどの感染症対策には力を入れ関係者には毎月1回の検便の義務付けや嘔吐対応のセット(専用の雑巾、ゴミ袋等)を用意しています。また、侵入についても警備会社と連携し、1階の門の施錠を取り付けるなど行いました。ヒヤリハットや事故報告のフォームがあり、職員には「今後の改善策」を記載した上でのメール配信を義務付けています。しかし、ヒヤリハットの報告数は少なく、意識向上が今後の課題です。

カテゴリ5		
5 職員と組織の能力向上		
サブカテゴリ1(5-1)		
事業所が目指している経営・サービスを実現する人材の確保・育成に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 4/8
評価項目1 事業所にとって必要な人材構成にしている		評点(○○●)
評価	標準項目	
○あり ●なし	1. 事業所の人事制度に関する方針(人材像、職員育成・評価の考え方)を明示している	○非該当
●あり ○なし	2. 事業所が必要とする人材を踏まえた採用を行っている	○非該当
●あり ○なし	3. 適材適所の人員配置に取り組んでいる	○非該当
評価項目2 職員の質の向上に取り組んでいる		評点(○○●●●)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 職員一人ひとりの能力向上に関する希望を把握している	○非該当
○あり ●なし	2. 事業所の人材育成計画と職員一人ひとりの意向に基づき、個人別の育成(研修)計画を策定している	○非該当
○あり ●なし	3. 個人別の育成(研修)計画は、職員の技術水準、知識、専門資格の習得(取得)などの視点を入れて策定している	○非該当
○あり ●なし	4. 職員一人ひとりの個人別の育成(研修)計画に基づいて、必要な支援をしている	○非該当
●あり ○なし	5. 職員の研修成果を確認し(研修時・研修直後・研修数ヶ月後など)、研修が本人の育成に役立ったかを確認している	○非該当
サブカテゴリ2(5-2)		
職員一人ひとりと組織力の発揮に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 6/7
評価項目1 職員一人ひとりの主体的な判断・行動と組織としての学びに取り組んでいる		評点(○○○)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 職員の判断で実施可能な範囲と、それを超えた場合の対応方法を明示している	○非該当
●あり ○なし	2. 職員一人ひとりの日頃の気づきや工夫について、互いに学ぶことに取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	3. 職員一人ひとりの研修成果を、レポートや発表等で共有化に取り組んでいる	○非該当

評価項目2 職員のやる気向上に取り組んでいる		評点(○○○●)
評価	標準項目	
○あり ●なし	1. 事業所の特性を踏まえ、職員の育成・評価・報酬(賃金、昇進・昇格、賞賛など)が連動した人材マネジメントを行っている	○非該当
●あり ○なし	2. 就業状況(勤務時間や休暇取得、疲労・ストレスなど)を把握し、改善に取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	3. 職員の意識を把握し、やる気と働きがいの向上に取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	4. 福利厚生制度の充実に取り組んでいる	○非該当
カテゴリ-5の講評		
<p>精神的ストレスに対する問題解決への対策が望まれます</p> <p>福祉業界全般の悩みでもある人材の確保が困難な状態が続くため、欠員状態の職場が多く、目の前の問題処理に追われる職員が多くなっています。忙しさの上に人間関係などのストレスがかかるとメンタルヘルスが悪化するケースもあるので早急な解決の為事業所と運営法人が一体となった人事体制が望まれます。職員調査からも事業所の改善点に関して、「心的ストレスのケア。精神的に病んで異動する職員が多いです。」という意見があり、実際にストレスを抱えた職員の存在が窺えます。法人と事業所で協力して問題解決に当たる事が望まれます。</p> <p>職員の質的向上のため各種の研修が用意され、自閉症研修の効果が出ています</p> <p>法人では各階層別に様々な研修メニューが用意されています。外部の研修も掲示板に案内され施設長からも参加の働きかけをしています。利用者は様々な障がいを持ち、自閉症の方等、増えています。自閉症の方とそれ以外の方では対処の仕方も異なるため、自閉症対応の知識が求められています。今年5日間の自閉症トレーニングセミナーにひとりの職員を派遣し、その後、他の職員に説明会を実施したところ自閉症の方への対応に効果が出ています。</p> <p>ホメール制度や目標管理シートなど新しい人事管理手法が見られます。</p> <p>法人の方から新しい人事管理手法としてホメール制度と「目標管理シート」の提出のふたつが見られます。ホメール制度は職員の良いところをほめ、ほめる事が本人のやる気につながるという考え方で導入されています。また、目標管理シートも業務内容についての目標を自己申告し、上司との間で期初と期末に計画と結果について面談するというものですが、二つともまだ始まったばかりでその効果の検証は出来ていません。人事考課制度の再整備による公正中立な評価と報酬との連動性、それによるやる気とモラル向上の制度の確立が望まれます。</p>		

7			カテゴリ7		
7			情報の保護・共有		
			サブカテゴリ1(7-1)		
情報の保護・共有に取り組んでいる			サブカテゴリ毎の標準項目実施状況		7/7
評価項目1 事業所が蓄積している経営に関する情報の保護・共有に取り組んでいる			評点(000)		
評価	標準項目				
●あり ○なし	1. 情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定している		○非該当		
●あり ○なし	2. 収集した情報は、必要な人が必要ときに活用できるように整理・保管している		○非該当		
●あり ○なし	3. 保管している情報の状況を把握し、使いやすいように更新している		○非該当		
評価項目2 個人情報、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえて保護・共有している			評点(0000)		
評価	標準項目				
●あり ○なし	1. 事業所で扱っている個人情報の利用目的を明示している		○非該当		
●あり ○なし	2. 個人情報の保護に関する規定を明示している		○非該当		
●あり ○なし	3. 開示請求に対する対応方法を明示している		○非該当		
●あり ○なし	4. 個人情報の保護について職員(実習生やボランティアを含む)が理解し行動できるための取り組みを行っている		○非該当		
カテゴリ7の講評					
<p>PC情報はアクセス制限で管理され、紙情報は鍵付き棚に保管しています</p> <p>パソコン内の情報は法人のクラウドシステムで一元管理されています。当事業所では一般職員、事務職、施設長の3種類のフォルダーがあり施設長は全てを見ることができますが、一般職員は自分たちの分しか見れないというようにアクセス制限による情報管理がされています。また、紙情報はカテゴリごとに分類され、見やすいようにファイルで分別されています。又、個人情報もたくさん詰まっており、鍵付き棚に収納され厳重に保管されています。</p> <p>個人情報は、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえて保護・共有しています</p> <p>個人情報保護法の基本的概念を踏まえ、個人情報の保護方法を明記した契約書を入所時に説明した上、押印してもらっています。個人情報の利用についても目的を明確にしたうえで利用者の同意を得ることを条件にしています。この考え方は、職員のみならず事業所で利用者と接点を持つボランティアや実習生にも伝え、留意事項を書いた書面を渡すなど細心の注意を払っています。</p>					

カテゴリ8	
8 カテゴリ1～7に関する活動成果	
サブカテゴリ1(8-1)	
前年度と比べ、事業所の方向性の明確化や関係者への周知、地域・社会への責任の面で向上している	
評価項目1	
前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている ・カテゴリ1:「リーダーシップと意思決定」 ・カテゴリ2:「経営における社会的責任」 ・カテゴリ4:「計画の策定と着実な実行」	<input checked="" type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている <input type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない <input type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない
改善の成果	
<p>実習生やボランティアを受け入れ、所内の留意点を口頭、書面で伝えています</p> <p>養護学校の先生、保育士志望の学生、行政の職員の方など障がい者福祉の現場を知るという実習を受け入れ、事業所機能を活用した社会貢献を行っています。また、日中活動の軽作業の手伝いや休日活動の楽器演奏、一泊旅行の付き添い等のボランティアも受け入れています。実習生やボランティアの人には利用者のプライバシー尊重や個人情報保護と利用者への対応について勝手な判断をしない等の留意点を最初に伝えるとともに書面でも渡して、トラブルにならないように努めています。</p>	
サブカテゴリ2(8-2)	
前年度と比べ、職員と組織の能力の面で向上している	
評価項目1	
前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている ・カテゴリ5:「職員と組織の能力向上」	<input checked="" type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている <input type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない <input type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない
改善の成果	
<p>自閉症5日間研修を行った職員による報告会で事業所全体で自閉症理解が深まっています</p> <p>当事業所では自閉症の利用者さんが多い。他の障がいの方とは異なる対応が必要な自閉症の方たちの対応方法や理解を深めるために自閉症担当の職員を5日間の自閉症トレーニングセミナーに参加させています。その職員が研修の成果を他の職員にもプレゼンし、事業所全体で自閉症の理解も深まっています。又、自閉症に特化した部屋を担当する研修を受けた職員は、研修により自信を深めた様子でその後職務に対して非常に積極的になるなどの効果も出ています。</p>	
サブカテゴリ3(8-3)	
前年度と比べ、福祉サービス提供プロセスや情報保護・共有の面において向上している	
評価項目1	
前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている ・カテゴリ6:「サービス提供のプロセス」 ・カテゴリ7:「情報の保護・共有」	<input type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている <input type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない <input checked="" type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない
改善の成果	
利用者の作業確保と工賃向上への取り組みが期待されます	

今年度途中から、バウムクーヘンの製造が焼き工程の担当不在により、製造が停止しています。また、お弁当作りの作業ができる従たる事業所は事情により廃止になりました。それに伴い、利用者の工賃額は減少し、賃金算定規定の改定を行いました。規定の改定については、家族会を開き、賃金規定改定版を配布し、丁寧に説明しました。このような取り組みにより、利用者、家族から、一定の理解は得られていますが、バウムクーヘンの製造に関しては、早期に作業ができる環境を整備し、利用者の作業確保と工賃向上が期待されます。

サブカテゴリ4(8-4)

事業所の財政等において向上している

評価項目1

財政状態や収支バランスの改善へ向けた計画的かつ主体的な取り組みにより成果が上がっている

- 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

事業所の収支やSELP会計などの詳細を説明し、職員の意識が変化しています

毎月1回の職員会議は常勤職員が参加する会議で、経営状況についての報告も行っています。従来はあまり詳細な話はしませんでした。この1年間事業所の収入はどのようにして決まっているかなどを職員に説明しています。利用者の出勤率や障がい者区分がどのように数字に関わるかを説明した結果、職員の理解が深まり、経営面に関しての意識が変化しています。利用者の出勤率を気にするようになったり、障がい者区分の調査にも関心が高まる様になっています。

サブカテゴリ5(8-5)

前年度と比べ、利用者満足や利用者意向の把握等の面で向上している

評価項目1

前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、利用者満足や以下のカテゴリで評価される部分において改善傾向を示している
・カテゴリ3:「利用者意向や地域・事業環境などの把握と活用」

- 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

利用者の意向は障がい特性に合わせて工夫し、アンケートなども活用して聞いています

言葉がしゃべれる人やしゃべれない人、言語そのものがない人など症状によって、利用者の意向を工夫しながら、聞く努力をしています。言葉がしゃべれる人は直接の会話、しゃべれない人は筆談や文字ボードや絵カード、言葉のない人は表情やいつもと違う行動の発見など特性に合わせて支援しています。また、旅行等の行き先については、アンケートをとり決めています。月に1度の作業室会議では利用者の意向についても話し合いをしています。

Ⅱ サービス提供のプロセス項目(カテゴリ6-1～3、6-5～6)

No.	共通評価項目		
サブカテゴリ1			
1	サービス情報の提供	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	4/4
評価項目1		評価点(〇〇〇〇)	
利用希望者等に対してサービスの情報を提供している			
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 利用希望者等が入手できる媒体で、事業所の情報を提供している		○非該当
●あり ○なし	2. 利用希望者等の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものになっている		○非該当
●あり ○なし	3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している		○非該当
●あり ○なし	4. 利用希望者等の問い合わせや見学の要望があった場合には、個別の状況に応じて対応している		○非該当
サブカテゴリ1の講評			
<p>地域と共同でホームページを立ち上げ、事業所の紹介をしています</p> <p>藤沢市の障がい福祉事業所案内のホームページ「みんなdeつながろう」に事業所概要が紹介されています。活動内容のバウムクーヘン作業や軽作業の内容など写真入りで分かりやすく載せています。法人のホームページからも法人の基本理念や事業所一覧が見られ、「グランツ遠藤」の簡単な事業内容が分かります。事業所のパンフレットには事業所の案内図、一日のスケジュール、提供サービス、活動内容などがカラー写真入りで載せてあり、利用希望者などに配布しています。</p> <p>進路連絡会などで関係機関に情報提供しています</p> <p>藤沢市の進路連絡会が地域の養護学校を対象に、毎年年末に開催されます。事業所からは施設長が参加し、本人、保護者などに事業所の特徴、サービス内容、現在の空き状況などの説明をしています。事業所のパンフレットを配布し、利用希望のある場合は施設見学会への案内もしています。また藤沢市の障がい福祉課や計画相談支援事業所、他の障がい関係施設などにも情報を提供し、連携をしながら利用希望者の目的、ニーズの把握に努めています。</p> <p>施設見学会を開催し、本人、保護者にサービス内容の説明、見学を実施しています</p> <p>毎年夏休みに、養護学校卒業前の本人、保護者や関係機関からの利用希望者、保護者などを対象に施設見学を実施しています。毎年10名位の参加があり、主に施設長とサービス管理責任者が施設見学とサービス内容の説明などの対応をしています。見学会以外でも見学希望があった場合には、サービスを利用している利用者に配慮しながら、見学対応をしています。また見学者の特性などを考慮して、個別の対応や保護者の相談などにも応じています。</p>			
サブカテゴリ2			
2	サービスの開始・終了時の対応	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	7/7
評価項目1		評価点(〇〇〇)	
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			
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を利用者の状況に応じて説明している		○非該当
●あり ○なし	2. サービス内容や利用者負担金等について、利用者の同意を得るようにしている		○非該当
●あり ○なし	3. サービスに関する説明の際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している		○非該当

評価項目2 サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援を行っている			評点(0000)
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. サービス開始時に、利用者の支援に必要な個別事情や要望を決められた書式に記録し、把握している		○非該当
●あり ○なし	2. 利用開始直後には、利用者の不安やストレスが軽減されるように支援を行っている		○非該当
●あり ○なし	3. サービス利用前の生活をふまえた支援を行っている		○非該当
●あり ○なし	4. サービスの終了時には、利用者の不安を軽減し、支援の継続性に配慮した支援を行っている		○非該当
サブカテゴリー2の講評			
利用開始前に「利用者プロフィール表」を作成し、利用者の把握に努めています 利用開始前に施設長が本人、保護者、成年後見人などに利用契約書、重要事項説明書の説明を行い同意を得ています。食費や余暇活動にかかる費用などの負担金についても重要事項説明書に分かりやすく記載され、同意を得ています。本人、家族に「利用者プロフィール表」を記入してもらい、障がいの状況、医療情報、生育歴、家族構成、生活への希望などの情報を把握しています。「利用者プロフィール表」の情報は職員間で共有し、サービスに活かしています。 養護学校などの関係機関から情報を収集し、サービス利用に活かしています。 利用開始前に在学していた養護学校の担任、進路担当教諭の2人に来所してもらい、引き継ぎを行っています。今までの生活状況、障がい状況、健康面、ADL、学習コミュニケーション、配慮事項などを記録した情報をもらい、これからのサービス利用についての意見などを聞いて、サービス利用に活かしています。サービス利用計画書を作成している計画相談支援事業所とも連携して、情報交換を行いながら、施設でのサービス利用が順調に開始できるように支援を行っています。 利用開始後1カ月程度は個別の対応を行い、環境に慣れるための細かい配慮をしています 利用開始後1カ月位環境の変化に慣れるまでは、職員が個別に対応しています。食事の様子、休憩時の過ごし方、苦手なところなどを1、2カ月職員がマンツーマンでついて様子を把握しています。特に活動の様子はよく観察し、落ち着いた頃に、その後の作業内容を利用者の適性や利用者が好きな事を踏まえて決めています。また、「利用者プロフィール」から、以前の生活状況を踏まえて、施設での生活が順調に送れるように支援しています。必要があれば、利用前の慣らし期間の受け入れも行っています。			
サブカテゴリー3			
3	個別状況に応じた計画策定・記録	サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況	10/10
評価項目1 定められた手順に従ってアセスメントを行い、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			評点(000)
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 利用者の心身状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって記録し、把握している		○非該当
●あり ○なし	2. 利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きを定め、記録している		○非該当
●あり ○なし	3. アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている		○非該当
評価項目2 利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別の支援計画を作成している			評点(000)
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 計画は、利用者の希望を尊重して作成、見直しをしている		○非該当
●あり ○なし	2. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定め、必要に応じて見直ししている		○非該当
●あり ○なし	3. 計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している		○非該当

評価項目3 利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している		評点(〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者一人ひとりに関する必要な情報を記載するしくみがある	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している	<input type="radio"/> 非該当

評価項目4 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		評点(〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 計画の内容や個人の記録を、支援を担当する職員すべてが共有し、活用している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 申し送り・引継ぎ等により、利用者に変化があった場合の情報を職員間で共有化している	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリ3の講評

「利用者プロフィール」「緊急時対応利用者個人情報カード」で状態把握を行っています

利用開始前に利用者の心身の状態や生活状況を記録した「利用者プロフィール」と毎年4月に利用者、家族に記入してもらう「緊急時対応利用者個人情報カード」で利用者の状態の把握に努めています。「緊急時対応利用者個人情報カード」には緊急時連絡先、アレルギーなどの医療的情報、服薬状況、発作の状態、かかりつけ医、通所経路などの情報が記録されています。また、利用者の状態が変化した時や毎年4月には見直しをしています。災害時にはいつでも持ち出せるようにまとめて保管し、体調不良時にも内容を確認して対応しています。

年2回利用者、家族と面談し、意向を聞いて個別支援計画に取り入れています

個別支援計画は計画相談支援事業所からのサービス利用計画を基に作業内容、健康状態、ADL、対人関係、社会参加、余暇活動などを入れた個別計画を作成しています。毎年4月と10月に利用者、家族と面談を行い、個別支援計画の原案を提示し、利用者、家族からの意見や希望を聞いています。利用者、家族の意向を取り入れた個別支援計画を作成し、半年ごとに評価を行い、見直しをしています。利用者の状態が変化した時にも、見直しを行っています

毎日の申し送りに参加出来なかった職員には、伝達事項表の配布で、情報共有しています

毎日の作業状況や日中活動の様子を利用者毎に、援助記録にパソコンで入力しています。毎月、月初めに1か月分をプリントアウトして、所長、サービス管理責任者が確認を行い、ファイルしており、職員はいつでも見れるようになっています。毎日の全体の様子は活動日誌に記録しています。毎朝の申し送り時には前日の活動日誌から特記事項を読みあげて、伝達しています。申し送りに参加出来ない非常勤職員のために、伝達事項表を作成し、各作業室に配布し、職員間で情報の共有をしています。

サブカテゴリ5

5	プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	7/7
---	--------------------	------------------	-----

評価項目1 利用者のプライバシー保護を徹底している		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者に関する情報(事項)を外部とやりとりする必要がある場合には、利用者の同意を得るようにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 個人の所有物や個人宛文書の取り扱い等、日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当

評価項目2 サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している			評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 日常の支援にあたっては、個人の意思を尊重している(利用者が「ノー」と言える機会を設けている)		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、虐待が行われることのないよう、職員が相互に日常の言動を振り返り、組織的に防止対策を徹底している		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 虐待被害にあった利用者がある場合には、関係機関と連携しながら対応する体制を整えている		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている		<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリー5の講評

契約時に個人情報の基本事項についての説明をし、その都度同意を得ています

契約時に個人情報の基本事項について説明し同意を得ています。契約書の中にも守秘義務についての説明が載せてあります。計画相談支援担当者に利用者の資料を出す時やグループホームなどの施設との情報のやり取りをする時などは前もって許可を取っています。ホームページに写真を掲載する時も個別に許可を得ています。実習生に対しては、書面でプライバシー守秘義務の同意をとっています。職員が使用しているパソコンもパスワードを決めて、個人情報の流出防止に努めています。

利用者それぞれに鍵付きロッカーを用意し、プライバシーに配慮しています

1階更衣室には個人別ロッカーがあり、ロッカーの鍵は、自分で管理できる利用者には預けています。赤と青のカードをロッカーに貼り、鍵が管理できる利用者が分かるようになっています。更衣室で着替えが一斉にならないように、帰りの時間をずらすなど調整しています。トイレ介助は同性介助にしています。職員は衣類の身だしなみの確認もしています。衣類を汚してしまった時は、さりげなく、更衣室やトイレに誘導して、預かってある下着や衣服の着替えを手伝っています。利用者に注意をする時も皆の前ではなく、個別にするなど羞恥心に配慮しています。

倫理行動マニュアルに沿い、利用者の権利を擁護し、自己決定できる環境を作っています

法人の共通の倫理行動マニュアルを掲示してあり、定期的に読み合わせを行っています。利用者との関係については具体的に書かれていますので、職員は実践して、利用者の権利を守り、意思を尊重しています。作業の提供時も箸の袋詰めにするか、ボールペンの箱詰めにするかを利用者自身に選んでもらっています。50分作業をすると10分休憩になっていますが、その時も「休めますか？続けますか？」と聞き、自己決定を重んじています。3階の休憩室には自動販売機が設置され、冷蔵庫には麦茶が入っており、好きな飲み物を選べるようになっています。

サブカテゴリー6

6 事業所業務の標準化	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	9/11
--------------------	--------------------------	-------------

評価項目1 手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている			評点(〇●●)
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 手引書(基準書、手順書、マニュアル)等で、事業所が提供しているサービスの基本事項や手順等を明確にしている		<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	2. 提供しているサービスが定められた基本事項や手順等に沿っているかどうかを定期的に点検・見直しをしている		<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	3. 職員は、わからないことが起きた際や業務点検の手段として、日常的に手引書等を活用している		<input type="radio"/> 非該当

評価項目2 サービスの向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている			評点(〇〇〇)
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 提供しているサービスの基本事項や手順等は改変の時期や見直しの基準が定められている		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 提供しているサービスの基本事項や手順等の見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案を反映するようにしている		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 職員一人ひとりが工夫・改善したサービス事例などをもとに、基本事項や手順等の改善に取り組んでいる		<input type="radio"/> 非該当

評価項目3

さまざまな取り組みにより、業務の一定水準を確保している

評点(〇〇〇〇〇)

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 打ち合わせや会議等の機会を通じて、サービスの基本事項や手順等が職員全体に行き渡るようにしている	○非該当
●あり ○なし	2. 職員が一定レベルの知識や技術を学べるような機会を提供している	○非該当
●あり ○なし	3. 職員全員が、利用者の安全性に配慮した支援ができるようにしている	○非該当
●あり ○なし	4. 職員一人ひとりのサービス提供の方法について、指導者が助言・指導している	○非該当
●あり ○なし	5. 職員は、わからないことが起きた際に、指導者や先輩等に相談し、助言を受けている	○非該当

サブカテゴリ6の講評

法人共通のマニュアルが整備され、事業所でも利用しています

法人共通のマニュアルには、支援者マニュアル、倫理行動マニュアルがあります。支援者マニュアルには緊急時対応マニュアル、利用者支援マニュアル、施設運営マニュアルなど細かく分かれ、基本的なことが決められています。倫理行動マニュアルは、職員倫理行動綱領を基本に、職員としてあるべき姿を具体的に規定しています。事業所では定期的に読み合わせを行い職員の意識を高めています。その他事業所では業務手順書、レクリエーションマニュアル、新人職員マニュアルなど整備していますが、定期的見直しや日常的に活用するまでは至っていません。

事業計画を基に、利用者の要望を取り入れ、サービスの見直しを行っています

毎年事業計画の中の重点目標、重点課題を基にサービスの見直しを行っています。例えば、今年度から、小学生向け雑誌の付録をセットする作業を取り入れて、利用者の作業範囲を広げました。利用者の希望も入れてティータイムに音楽を流すようにしたり、家族からの要望で、ラジオ体操を取り入れ、身体を動かす機会を増やしました。またレクリエーションでは、希望する利用者に一泊旅行を実施するようになりました。利用者調査にも「旅行が楽しみです」という意見が多くありました。常に利用者の要望を入れた、サービスの見直しを行っています。

毎月法人内研修があり、法人外の研修も参加しています

法人は一人ひとりの職員にスポットライトを当てた研修による人材育成を重視するために研修制度を確立しています。法人の研修には、入職1年目の新人研修、入職3年目以内の職員研修、入職4年目から6年目の職員研修、管理者研修と職員層に分けた研修と共通研修があります。共通研修の全体研修、実践報告会には職員全員受講が義務づけられています。また、法人以外の外部研修にも参加しています。自閉症セミナーに参加した職員は他の職員にプレゼンテーションを行い、情報の共有を図ると共に、本人の自信にも繋がっています。

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリ6-4)

		サブカテゴリ4	
サービスの実施項目		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	22/22
1 評価項目1 個別の支援計画等に基づいて、利用者の望む自立した生活を送れるよう支援を行っている			
		評点(〇〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 個別の支援計画に基づいて支援を行っている	○非該当	
●あり ○なし	2. 利用者一人ひとりに合わせて、コミュニケーションのとり方を工夫している	○非該当	
●あり ○なし	3. 自立した生活を送るために、利用者一人ひとりが必要とする情報を、提供している	○非該当	
●あり ○なし	4. 周囲の人との関係づくりについての支援を行っている	○非該当	
評価項目1の講評			
<p>利用者の状況に応じて、写真や絵カードなどを用いてコミュニケーションをとっています</p> <p>自閉症などでコミュニケーションがとりにくい利用者には写真や絵カードを作り、コミュニケーションを取る時に使用しています。写真に食事(食堂)、作業、歯みがき、薬などがわかるように写し、日課表に貼って使用している利用者もいます。日課表の時間欄に写真を貼り、一日の予定を理解出来るようにしています。実施した場合は、剥がして、実施したことを伝達しています。絵カードを使用し休憩時間に音楽を聞きたいと伝える利用者もいます。聴覚障がい者には壁に貼ってある文字盤を使用してコミュニケーションをとっています。</p> <p>自閉症に特化した部屋を設け、落ち着いて作業が出来る環境作りをしています</p> <p>自閉症に特化した部屋があり、パーティションで一人ずつ区切ってありますので、落ち着いて作業が出来ます。ソファが置いてあり、疲れたら休憩できるようになっています。採光もカーテンで調整しており、静かな環境で、6人の自閉症の利用者が作業しています。写真カードを貼って、一日のスケジュールを理解している利用者もいます。個室が2部屋あり、他人とのコミュニケーションが難しい利用者は個室で、自分のペースで作業が出来ます。自閉症の研修を積んだ職員が部屋の担当になり、支援をしています。</p> <p>販売会や納品に利用者が職員と同行し、関係者との交流を支援しています</p> <p>自主製品のバウムクーヘンを養護学校祭りに出店し、販売を職員と一緒にすることで、他の人との関わる機会になっています。地域の商店街での販売なども一緒に手伝っています。ボールペンの箱詰め、割りばしの詰め、アクセサリーの部品の種分けなどの作業で、出来上がったものを依頼された一般企業に納品する際にも利用者も一緒に同行し、企業との交流を図っています。作業中は一緒に作業をしている仲間と楽しく話をしながら仕事出来るような関係作りを支援しています。</p>			
2 評価項目2 利用者が主体性を持って、充実した時間を過ごせる場になるような取り組みを行っている			
		評点(〇〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 利用者一人ひとりの意向をもとに、その人らしさが発揮できる場を用意している	○非該当	
●あり ○なし	2. 事業所内のきまりごとについては、利用者等の意向を反映させて作成・見直しをしている	○非該当	
●あり ○なし	3. 室内は、採光、換気、清潔性等に配慮して、過ごしやすい環境となるようにしている	○非該当	
●あり ○なし	4. 【食事の提供を行っている事業所のみ】 利用者の希望を反映し、食事時間が楽しいひとときになるよう工夫している	○非該当	

評価項目2の講評

利用者の障がい状況に応じた作業種類、作業量の提供に努めています

利用者一人ひとりの特性や能力に応じて作業種類や作業量を決めています。1階では主力生産活動であるバウムクーヘン作業を行っています。利用者は主に小麦粉の軽量、卵割りなどの生地作りや出来上がって、カットされたバウムクーヘンの袋詰めを行っています。現在は担当の職員が体調を崩して休んでいるため、作業を中止しています。その他小学生や幼児向け雑誌の付録セットの軽作業があります。2階では割りばしの袋詰め、ボールペンの箱詰め、アクセサリ部品種分けなどの軽作業をしています。

休日活動のレクリエーションを充実し、利用者が楽しめる機会を増やしています

月2日の休日活動日のうち1日はレクリエーション活動になっています。希望者のみの参加になりますが、職人によるそば打ちを体験し、そばと天ぷらを食べたり、魚をさばくところを見せてもらったりしています。ボランティアによるマジックショーやハワイアン演奏会などの催しもしています。近くのイタリアンレストランでの外食やいちご狩りなどの外出プログラムもあります。毎年一泊の宿泊旅行を実施し今年も伊豆方面、去年はディズニーランドへマイクロバス2台で行きました。利用者調査でも「旅行が楽しみ」とのコメントが多くありました。

給食は利用者の意見を取り入れ、栄養バランスの良いものになっています

給食は業者に献立から調理迄委託しています。施設の厨房で2人の調理員が40人分程度作っています。毎月1回委託先給食業者の栄養士、営業担当者とサービス管理責任者が給食会議を行っています。利用者や職員の意見、感想などを伝えて、献立に反映してもらっています。食堂ではほとんどの利用者はトレーで、自分で席まで食事を運べますが一部介助が必要な利用者もいます。落ち着かない利用者には給食時間を早くしたり、てんかんや誤飲などの心配がある利用者には担当を決め、必ず職員と一緒に食事をしています。

3 評価項目3

利用者が健康を維持できるよう支援を行っている

評点(〇〇〇〇〇)

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者の健康状態に注意するとともに、利用者の相談に応じている	○非該当
●あり ○なし	2. 健康状態についての情報を、必要に応じて家族や医療機関等から得ている	○非該当
●あり ○なし	3. 通院、服薬、バランスの良い食事の摂取等についての助言や支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	4. 利用者の体調変化(発作等の急変を含む)に速やかに対応できる体制を整えている	○非該当
●あり ○なし	5. 【利用者の薬を預ることのある事業所のみ】 服薬の誤りがないようチェック体制を整えている	○非該当

評価項目3の講評

月1回医師の巡回があり、利用者全員の健康状態を診ています。

法人内にある診療所の内科、小児科専門の医師が毎月往診に来て、利用者全員の健康状態を診ています。健康上の相談なども受けています。また発疹や腫れた時の対応などを職員に指示しています。毎週木曜日には非常勤の看護師が利用者全員の健康チェックを行い、状態を活動記録に記載しています。年2回は健康診断を実施し、健康診断結果は利用者、家族に通知しています。精密検査や再検査が必要になった場合は、家族に依頼しています。

緊急時の通報手順、医療機関の連絡先を事務所に掲示し、迅速な対応に努めています

緊急時の連絡先、医療機関名などは利用開始時に聞いて、「緊急時対応利用者個人情報カード」を作成しており、緊急時や災害時に利用できるように事務所に保管しています。緊急時通報手順や協力医療機関連絡先を事務所に掲示してあります。緊急時には、家族などの緊急連絡先に連絡を取り、必要に応じて、協力医療機関、主治医、救急隊と連絡を取り速やかな対応に努めています。緊急対応マニュアルが整備され、災害時対応なども決められています。

栄養バランスのとれた食事、ラジオ体操などで、毎日の健康維持に努めています

毎日提供される給食は、栄養士が栄養のバランスを考えて献立を作成しています。2週間毎に献立を立て、献立表にはカロリー、栄養量が記載され、予め配っています。毎日午後2時からラジオ体操を行ったり、地域清掃などを実施し、身体を動かす機会を作っています。施設内には静養室があり、体調が悪くなったときは休めるようになっています。空いているときは疲れやすい利用者が、休憩時間に来て自由に休むことが出来ます。利用者が使いやすいように入口に使用中には赤、使用可能な時には黒の色で分かりやすい表示がしてあります。

4 評価項目4 利用者の意向を尊重しつつ、個別状況に応じて家族等と協力して利用者の支援を行っている		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 家族等との協力については、利用者本人の意向を尊重した対応をしている	○非該当
●あり ○なし	2. 必要に応じて、利用者の日常の様子や施設の現況等を、家族等に知らせている	○非該当
●あり ○なし	3. 必要に応じて家族等から利用者・家族についての情報を得て、利用者への支援に活かしている	○非該当
評価項目4の講評		
<p>家族会を法人の3施設合同で毎月開催し、意見を聞いています</p> <p>毎月1回法人の生活介護事業所3施設合同で家族会(湘南青葉会)を開催しています。施設からは所長が参加し、施設の状況や変化のあったことなどを伝えて、家族からの意見を聞き、家族と施設の連絡調整を行っています。家族会で話し合われた内容は、議事録にして、出席できなかった家族にも全員に配布しています。家族会で出た意見は出来るだけ施設の運営などに活かしています。3施設合同で開催していますので、他施設の様子も分かり、家族同士の交流の場にもなっています。</p> <p>家族には、連絡帳やお迎え時にその日の様子などを伝えていきます</p> <p>連絡帳で家族にその日の様子や変化があったことなどを書いて伝えていきます。約半数の家族が迎えにこられますので、その時に直接口頭でその日にあったことなどを伝えていきます。コミュニケーションがうまく取れない利用者が多いので、事業所での様子を伝え、家族に安心してもらっています。連絡帳で伝えられないような場合は電話で細かく様子や変化があったことなどを伝えていきます。連絡帳には個人情報がかかれていきますので、職員は間違いのないように気配りをしています。</p> <p>電話や連絡帳で家族からの意見を聞いていきます</p> <p>朝、家を出る前に不安になり、見守りをしてほしいなどの依頼や体調がすぐれない時などは、家族は連絡帳にその旨を書き、お迎えの時に直接連絡をもらっています。連絡帳に書かれていることは職員は必ず読んで、その日の支援の調整などを行っています。帰宅した後でも、不安定な様子になっている場合などは家族から事業所での様子を聞いてくることもあります。家族が不安に思っていることの相談や施設の運営などに関する意見はいつでも受け付けていきます。年2回の利用者、家族の面談時にも意見は聞いていきます。</p>		
5 評価項目5 利用者が地域社会の一員として生活するための支援を行っている		評点(〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者が地域の情報を得られるよう支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	2. 利用者が地域の資源を利用し、多様な社会参加ができるよう支援を行っている	○非該当
評価項目5の講評		
<p>地域のイベントなどの情報を提供していきます</p> <p>自閉症啓発デーの江の島でのイベントやサークル発表会、法人主催のコンサート、障がい者スポーツ大会などの情報を利用者、家族に知らせていきます。地域のコンビニへ利用者と一緒にお買い物に出掛けたり、ファミリーレストランで外食をしたりして地域の商店を利用し、店員さんと挨拶を交わしたりしています。地域清掃に参加したり、徒歩でチラシ配りをするなどで、地域に出ていき、地域の情報を知るとともに、地域社会の一員として生活していけるように支援していきます。</p> <p>自主製品のバウムクーヘンを通して、地域参加をしています</p> <p>バウムクーヘンを製造して、地域の住民に販売もしています。入口にバウムクーヘン販売ののぼりを立てていますので、近隣の人が買いにきて、事業所のことを知ってもらう機会になっています。またバウムクーヘンをサービスエリアや産地直売所などに納品する時に、職員と一緒に利用者も同行し、社会参加を行っています。しかし現在は一部工程が稼働せず製造全体を停止しており、早期の再開が望まれます。地域貢献としては災害時には地域の避難場所として開放するとなっており、飲料水や食品、寝袋、懐中電灯などの備蓄にも取り組んでいます。</p>		

6 評価項目6

【生活介護】日常生活上の支援や生活する力の維持・向上のための支援を行っている

評点(〇〇〇〇)

評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 一人ひとりの目的に応じた創作的活動、生産活動やその他の活動の支援を行っている	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 自分でできることは自分で行えるよう働きかけている	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 食事、入浴、排泄等の支援は、利用者の状況やペースに合わせて行っている	○ 非該当
● あり ○ なし	4. 【工賃を支払っている事業所のみ】 工賃等のしくみについて、利用者に公表し、わかりやすく説明している	○ 非該当

評価項目6の講評

利用者本人の得意な面を活かして、創作活動、生産活動を行っています

創作活動にはぬり絵、ビーズ製品作り、松ぼっくりで正月飾り作りなどを行っています。自分の能力に応じて好きなことをしています。毎日同じように線を書いている利用者もいます。生産活動にはバウムクーヘン製造販売、割りばしの袋詰め、ボールペンの箱詰め、アクセサリ一部の種分け、小学生向け雑誌の付録のセットなどがあります。利用者の障がいの程度や能力に応じて作業の種類、作業量などを決めています。利用者や家族の希望も聞いて作業場所なども決めています。

利用者の状態に応じて出来ないところのみ手伝っています

家族から情報をもらい、家庭での状況を把握した上で、自分で出来ることは、自分でしてもらい、出来ない所のみを支援しています。例えば、歯みがきで、はじめは自分でしてもらい、最後に磨けてないところを職員が手伝っています。排泄時間は決めて声かけをしています。排便はふき取りのみ出来ない利用者には手伝っています。トイレでロールペーパーを沢山使用して詰まらせる利用者や、長く時間がかかる利用者には時々見守りをしています。ロールペーパーを他のペーパーに替えて使いやすくする工夫もしています。

利用開始時に工賃についての説明をしています

契約書の中に工賃の支払いについての内容が記載されています。利用開始契約時に利用者、家族に説明をしています。事業所は、生産活動の収入から必要経費を控除した額に相当する工賃を支払うことが記された賃金算定規定があります。今年度は途中から、バウムクーヘンの製造が出来なくなったり、従たる事業所の廃止に伴い、工賃の額が減って、賃金算定規定の改定を行いました。利用者、家族には規定の改定版を配布し、説明をしています。

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	4-1-1	取り組み期間に応じた課題・計画を策定している
タイトル①	自閉症に特化した部屋を設け、特性に配慮した対応を行っています	
内容①	自閉症に特化した部屋があり、一人ずつ作業する場所がパーテーションで区切ってあり、落ち着いた環境で作業が出来るようになっています。採光もカーテンで調整し、刺激が強くないようにしています。コミュニケーションが困難な利用者には写真カードを使用して、スケジュール管理や意思確認などを行っています。個室も2部屋あり、症状により使用しています。管理者他全職員が自閉症に関する研修を受講したり、職場でのトレーニングで、自閉症の専門知識をもった職員が対応しています。一人ひとりの症状や特性を理解し、適切な対応に努めています。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-4-2	利用者が主体性を持って、充実した時間を過ごせる場になるような取り組みを行っている
タイトル②	利用者の意向を反映した、栄養バランスの良い食事の提供をしています	
内容②	食事は業者に委託し、厨房で作っています。毎月給食会議を委託業者の栄養士、サービス管理責任者などで行い、利用者の要望や職員の感想などを伝え、献立に活かしています。献立は栄養士が作り、栄養、カロリーが計算され、バランスの良い食事になっています。クリスマス会、忘年会、成人を祝う会などの行事食も提供しています。昼食時間は12時からですが、利用者の特性に合わせて早め、遅め、など調整しています。てんかん発作や誤飲の心配がある利用者には職員が個別に寄り添い、一緒に食事をとっています。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	6-4-4	利用者の意向を尊重しつつ、個別状況に応じて家族等と協力して利用者の支援を行っている
タイトル③	3事業所合同の家族会や日々の情報伝達により、家族と連携して利用者を支えています	
内容③	毎月1回法人の生活介護事業所3施設合同で家族会(湘南青葉会)を開催しています。施設からは所長が参加し、施設の状況や変化のあったことなどを伝えて、家族からの意見を聞き、家族と施設の連絡調整を行っています。家族会で話し合われた内容は、議事録にして、出席できなかった家族にも全員に配布しています。家族との日々のやり取りは、連絡帳や送迎時に口頭で情報伝達しています。また、連絡帳等で伝えられきれない場合は電話で細かく様子や変化があったことなどを伝えており、家族と連携して利用者を支えています。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	利用者の特性に合ったサービス内容を提供し、利用者満足に繋がっています
	内容	生産活動には、バウムクーヘン製造、ボールペン箱詰め、割りばし袋詰め、アクセサリ部品仕分けなどの軽作業があります。利用者の障がいの程度や特性に応じて作業内容、作業量などを決めています。利用開始1か月間は職員がマンツーマンについて利用者の状態を把握し、適正を見極めています。その適正を踏まえ、可能な限り利用者が好きなことを選び、作業しています。利用者調査では「事業所での活動は楽しいですか」という問に対して約8割の利用者が「はい」と回答し、自由意見でもやりがいを感じている意見が多く出ています。
2	タイトル	障がい者に対する人権擁護・人権重視の姿勢を示し、職員の意識向上に努めています
	内容	法人としての人権擁護に対する考え方を職員に周知徹底するために、入職時研修のカリキュラムには、人権擁護の時間があり、虐待に関するDVD鑑賞の研修等、行っています。当事業所でも法人が作成した「倫理行動マニュアル」の読み合わせを年2回実施したり、障害者虐待防止法や障害者差別解消法などのパンフレットを取り寄せ、読み合わせをする等、取り組んでいます。また、法人が大学教授と共同開発した人権ツール「高山塾」を使用した職員研修の機会も設け、障がい者の人権に対する意識向上に努めています。
3	タイトル	職員の質的向上のため各種の研修を用意し、自閉症の研修で効果が出ています
	内容	法人では各階層別に様々な研修メニューを用意しています。外部の研修も掲示板で案内し、施設長からも参加を働きかけています。平成27年度は法人内研修、外部研修合わせて、34の研修に参加しています。特に、自閉症の利用者が増えている事から、研修参加には力を入れ、今年5日間の自閉症トレーニングセミナーにひとりの職員が参加しました。参加後、所内で他の職員に説明会を実施したところ、自閉症の方への対応に効果が出ています。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	お祭りやイベントの開催など、地域に溶け込む取り組みが期待されます
	内容	現在、事業所では県の関係機関が実施する実践報告会や湘南東地区障害施設連絡会などに施設長が参加し、地域の情報収集として活用しています。また、事業所や他事業所の店舗で、自主生産品のバウムクーヘンを販売しており、地域住民との交流の機会になっています。このように地域への取り組みはありますが、多くはありません。今後は地域の人々が事業所により集まれるように、例えば事業所でお祭りやイベントを開催するなど、地域の人々と利用者の交流がより深まり、地域に溶け込むための取り組みが期待されます。
2	タイトル	経営層と職員が今まで以上に向き合い、考えを合わせ、周辺課題の改善に向けた取り組みが期待されます
	内容	今回の第三者評価の職員調査では、経営層の回答と一般職員との回答には、全体的に一定の差がある事が確認できました。経営層はできていると思っている事でも、職員はできていないと感じている事が多く、今後はミーティング等でこの距離感を縮めていく事が望まれます。職員調査では職員が課題と思っている事で一番意見が多かったのは職員不足とそれに伴う労働時間についてです。まずはこの辺りの課題から経営層と職員が今まで以上に向き合い、考えを合わせ、改善に向けた取り組みが望まれます。
3	タイトル	日々の利用者に関わる作業は、常に継続できる体制作りが期待されます
	内容	今期、事業所の主力商品であるバウムクーヘンの製造において、一工程の稼働が困難となり、一定期間製造を停止する事がありました。現在では製造及び販売を再開しています。バウムクーヘンは良質な素材を使った人気商品です。作業は生地づくり、焼き、袋詰め等、複数の作業があり、利用者に就労機会を数多く提供しています。利用者調査からも作業が楽しいという意見が複数出ています。今後はバウムクーヘン他、利用者の作業がストップする事が無いよう、工程の標準化や、人に左右されない仕組み作りを行うことを期待します。