

[様式 9 - 1]

福祉サービス等第三者評価結果

総合評価

受診施設名	しあわせネット・勇氣	施設種別	就労継続支援 B 型
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会		

令和4年4月26日

総 評	<p>しあわせネット・勇氣は福知山駅から徒歩数分の所に位置し、民家が隣接する立地において、障害者の働く場所として事業が展開されています。法人理念にある「すべての人がしあわせになる」を実践し、身体・知的・精神障害者を受け入れています。また、重度の障害があっても働く場を提供するべく、障害特性に応じた支援・配慮もなされています。さらに、利便性が良い場所であっても、希望者には送迎サービスも行っています。</p> <p>前回評価において、改善が望まれる点として中長期計画の策定がありましたが、今回の調査までに施設長が中心となり中期経営計画が作成され、職員に周知されています。また、職員会議や研修を体系化し、職員が働きやすい環境整備がなされています。</p> <p>コロナ禍において、地域とのつながりを持つ機会が少なくなっていますが、ホームページ、利用者が自主的に作成する広報誌など地域への情報発信が行われています。</p>
-----	--

特に良かった点(※)

○SNS等を活用した情報発信

家族の要望により、施設での様子を伝える取り組みとしてSNS（写真共有ソフト）を活用し、活動の様子などを発信しています。また、パンフレットを更新するなど情報発信が積極的に行われています。また、利用者みずから取材や編集を行う季刊誌の発行も支援しており、施設の発信が充実しています。

○アセスメント・プラン作成の取り組み

サービス管理責任者を中心にアセスメント、モニタリングが実施され、支援者会議を行い、個別支援計画が作成されています。集められた情報、作成された資料は大変こまやかにファイリングされており、わかりやすく整理されています。これにより、実際に活用しやすいものとなっています。

○意思の尊重とコミュニケーション

意思表示や伝達が困難な利用者については選択肢を設けて確認したり、視覚障害の利用者については点字や白黒反転印刷を用意したり、独語の続く利用者に対しては作業途中で声をかけるなど、それぞれの障害特性に合わせて対応し個別的な配慮をしています。

また、月1回の工賃支給日には施設長が利用者一人ひとりに相談室にて手渡しし、意見や要望、相談等を聴く機会としています。

○職員間の情報共有

毎月1回職員会議を実施し、管理者参画のもと経営状況、稼働率、職員の休暇取得状況などが報告されています。会議録も作成され、欠席者等への情報共有もおこなわれています。

また、職員の情報格差をなくすため、今年度よりICT、IOTを活用した情報共有構築の取り組みが行われています。情報共有アプリを活用して、常に最新の情報をすべての職員が把握しています。

<p>特に改善が 望まれる点(※)</p>	<p>○利用者・家族への事業計画の周知 中期経営計画や年度事業計画を利用者や家族への周知は行っていません。ホームページで公開していますが、ネット環境のない利用者や家族への対応も含めて、今後立ち上がる予定の自治会等を活用しての事業計画の周知が望まれます。</p> <p>○マニュアル類の整備 虐待防止に関する研修は実施されていますが、マニュアルは整備されていません。また、プライバシー保護に関するマニュアル、各種業務マニュアルも整備されていません。マニュアル類の整備により、さらにサービスの質が向上すると思われれます。</p> <p>○医療に関する取り組み 医療を必要とする利用者が少ないため、医療的な支援の実施についての方針は整備されていません。しかし、いざという時に備えた医療に関する取り組みとして、実施手順や個別の計画、医療研修などの取り組みが必要と思われれます。</p>
---------------------------	--

※それぞれ内容を3点程度に絞って掲載しています。評価項目毎のコメントは「評価結果対比シート」の「自由記述欄」に記載しています。

京都府福祉サービス等第三者評価事業

[様式9-2]

【障害事業所版】

評価結果対比シート

受診施設名	しあわせネット・勇氣
施設種別	就労継続支援B型
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会
訪問調査日	2022年1月13日

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
1-1 理念、基本方針	1-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。	1	① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	b	b

[自由記述欄]

1. 事業所パンフレットやホームページで理念を掲げています。事務所や作業場内にも掲示し、職員や利用者がいつでも見ることができます。平成28年度に理念を変更するなど、定期的な更新も行っています。理念「すべての人がしあわせになる」、目標「ともに働く事業を確立する」、目的「元気・勇気・笑顔の生活保障」を掲げています。年度ごとに事業方針を作成し、職員に周知していますが、利用者や家族への周知はしていません。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
1-2 経営状況の把握	1-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	2	① 法人として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	b
		3	② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	b	a

[自由記述欄]

2. 福知山市内で事業を展開する施設がネットワークを組む「民間社会福祉連絡協議会」に加入し、福祉の動向、地域での特徴など情報収集に努めています。利用率推移、重度化への対応をしています。家族の要望を受け、中長期でのグループホームの設置を目指しています。ただし、把握したデータが中長期計画等に反映できているとは言えません。
3. 経営環境や課題等を理事3名が中心なり検討し、職員に周知しています。毎月行われる職員会議では、利用率、事業活動に係る収支等を説明しています。年度末には資金収支等についても周知しています。今年度は利用者減の要因として工賃が低いと分析し、ボーナス取り組みを行うなど、具体的な取り組みを進めています。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
1-3 事業計画の策定	1-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。	4	① 法人として中・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	b
		5	② 中・長期的なビジョンを踏まえた単年度の計画が策定されている。	b	b
	1-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。	6	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	b
		7	② 事業計画は、障害のある本人等に周知され、理解を促している。	c	c

[自由記述欄]

4. 中期経営計画として5年間計画を策定しています。経営者会議(理事3名)で検討して作成しています。利用者自治会組織の立ち上げやグループホーム、ショートステイの開設など具体的な成果を設定していますが、数値目標は設定していないため実施状況の評価を行える内容とはなっていません。
5. 単年度計画は、中期経営計画に基づいた基本方針を設けていますが、数値目標など設定されておらず、年度末の評価・振り返りもしていません。
6. 事業計画は、理事3名で構成する経営者会議にて作成しています。策定された計画は、職員会議にて周知しています。組織的にPDCAに基づく評価はしていません。
7. 中期経営計画をホームページでは公開していますが、利用者に周知するための取り組みは出来ていません。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
1-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組	1-4-(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	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	b
		9	② 評価結果に基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	b

[自由記述欄]

8. 福祉サービスの質の向上にむけて、経営者会議で検討した利用者アンケートを2か月間かけて実施し、結果を広報誌に掲載しています。第三者評価は定期的に受診していますが、年1回の自己評価は出来ていません。経営者会議で検討した内容は職員会議で周知していますが、PDCAサイクルに基づく福祉サービスの質の向上に関する取り組みはしていません。
9. 前回受診時、指摘のあった中長期計画の策定がなされています。ただし、プライバシー保護に関する規程整備などの指摘事項は改善されていません。職員会議にて、課題等が周知されています。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
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	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	a
		11	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	b
	II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	12	① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組にリーダーシップを発揮している。	b	a
		13	② 経営の改善や業務の実行性を高める取組にリーダーシップを発揮している。	b	a

[自由記述欄]

10. 管理者は、中期経営計画やホームページにてメッセージを発信しています。職員会議は管理者が司会を努め中心となって進めています。組織図や防災体制一覧表を作成し、役割を明確にするとともに、管理者が不在の場合の代行者も設けています。
 11. 法令に関する一覧を作成し、管理者自ら研修受講に参加しています。しかし、管理者が受講した研修は報告・伝達はしていません。
 12. 今年度より中期経営計画を作成しています。また、アンケートの取り組みを始めるなど福祉サービス向上に向けての取り組みを行っています。理事3名でサービスの質等について検討、職員会議を毎月1回実施し、管理者自ら司会を務めて具体的な取り組みを構築、明示しています。
 13. 毎月の経営状況やコストバランスをデータ化し把握しています。職員会議で有給取得率等を共有し働きやすい環境整備に取り組んでいます。また、職員の情報格差を無くすため、今年度からICT、IOTを活用した情報共有システムを構築しています。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
II-2 福祉人材の確保・養成	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	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	b
		15	② 総合的な人事管理が行われている。	b	b
	II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	16	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	a

[自由記述欄]

14. 福祉人材育成の取り組みとしてキャリアパス制度を整備しています。介護初任者研修の受講料を法人が負担し、採用後すべての職員が受講しています。受講計画として文書化や費用負担等の規程はなく、施設長が判断し、受講順を決定しています。また、現在人員は充足しているため、人材確保の取り組みは行っていません。
 15. キャリアパス制度を整備し昇格等に関する基準を明確にしています。人事考課制度の導入はなく、職務に関する成果や貢献度の評価はしていません。
 16. 毎月の職員会議にて、有給休暇取得状況を周知しています。時間休や育休制度を整備しています。インフルエンザ予防接種は施設が全額負担し接種を励行しています。職員から希望のあったWi-Fi利用環境を整備し、ネット環境を提供しています。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
II-2 福祉人材の確保・養成	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	① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	b	a
		18	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	b
		19	③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	a	a
	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	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。	b	b

[自由記述欄]

17. 職員育成・振り返りシートを作成し、本人の振り返り、課題設定への取り組み、期末の課題設定などの項目を設けて半期ごとに自己評価を行い、上司による個別面談を実施しています。
 18. キャリアパスに階層ごとの職責を明示しています。また、新規採用者においては育成計画を作成し、OJT、OFF-JTを行っています。しかし、基本方針や計画の中に、職員に必要とされる専門技術や専門資格は明示できていません。
 19. 新規採用職員育成計画を作成し、1年間を通して育成目標、OJT、OFF-JT等の計画を策定しています。キャリアパス制度に職員の職務や必要とする知識・技術を定めています。研修受講状況を把握した上で、研修受講を計画的に行っています。
 20. 実習生等受入れ規程を作成しています。しかし、実習生の受入れ実績はないため、学校との連携や指導者に対する研修などは行っていません。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
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	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。	b	b
		22	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	b
[自由記述欄]					
<p>21. ホームページや広報誌に事業所の紹介、事業計画、中期経営計画等掲載して事業所の情報公開をしています。広報誌は関係機関や自治会に配布しています。評議委員に自治会長、民生委員が就任しており、評議委員会で事業所の方針や理念を説明し役割を明確にするよう努めています。しかし、第三者評価の評価や苦情、相談の内容や改善状況についての公表は行っていません。</p> <p>22. 財務状況の適正な運営を目的として経理規程を策定し、管理責任者を定めています。3か月ごとに税理士によるチェックを受け、助言を得ていますが、内部監査や外部監査を受けることで経営改善を行うまでには至っていません。</p>					

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
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	① 障害のある本人と地域との交流を広げるための取組を行っている。	b	b
		24	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	b
	II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。	25	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	b
		26	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	b
		27	② 地域の福祉ニーズに基づく公益的な事業・活動が行われている。	b	b
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。					
[自由記述欄]					
<p>23. 事業方針に「地域貢献活動の推進」について明記しています。地域の情報は掲示板を通じて利用者に提供し、福知山市主催の「ふれあい運動会」に利用者が参加する等、地域行事に参加する際の支援体制を整えています。販売会や資源ごみ回収時に利用者が同行する機会を設けていますが、地域の人の定期的な交流にまでは至っていません。</p> <p>24. 「ボランティア受入規程」に受入れに関する基本姿勢を明文化しています。また、マニュアルに支援の注意点、心構えを記載し、活動確認書、誓約書を添付しています。しかし、ボランティアに対する研修等の支援は行っていません。</p> <p>25. 福知山市民間社会福祉施設連絡協議会の会議に出席して、情報共有を計っています。また、相談支援事業所と定期的に会議を持ち必要な関係機関と連携していますが、利用者の状況に対応できる社会資源を明示したリスト等の作成までは行っていません。</p> <p>26. 例年、地域住民を招いて、年1回「レインボーまつり」を開催しています。事業計画で毎年予定していますが、2年前よりコロナ禍により開催出来ていません。災害時の地域における役割については今後の課題としています。</p> <p>27. 福知山市食料応援プロジェクトで学生の食糧支援活動に関わり、作成したお菓子等を提供しています。支援学校や相談支援事業所から地域の福祉ニーズの把握に努めていますが、民生委員、児童委員等と定期的な会議の開催による福祉ニーズの把握までは行えていません。</p>					

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
III-1 本人本位の福祉サービス	III-1-(1) 障害のある本人を尊重する姿勢が明示されている。	28	① 障害のある本人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。	c	b
		29	② 障害のある本人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	b
	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	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	a
		31	② 福祉サービスの開始・変更にあたり障害のある本人（家族・成年後見人等含む）にわかりやすく説明している。	b	b
		32	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	b
[自由記述欄]					
<p>28. 「じぶんらしく、地域で働き、暮らし、楽しむことの実現」をビジョンに掲げて、利用者の人権について研修会を実施して職員への周知を図っていますが、規程や倫理綱領等の策定までは至っていません。</p> <p>29. プライバシー保護に関する取り組みとしてプライバシーに関する利用者アンケートを実施しています。しかし、プライバシー保護、権利擁護に関する規程やマニュアル等の策定は行っていません。</p> <p>30. 事業所の案内パンフレットを作成し、市役所やジョブパークに置いています。昨年、パンフレットの内容を見直し、写真で作業や行事の様子が分かるように工夫しています。また、SNSを活用して家族に利用者の様子を伝えています。利用希望者の体験や見学は随時受け付けており、必要な情報を提供しています。</p> <p>31. サービス開始にあたっては、利用契約書、重要事項説明書にルビをふり、家族の同席で時間をかけてわかりやすく説明しています。しかし、意思決定が困難な利用者への配慮をルール化するまでには至っていません。</p> <p>32. 事業所への移行は、利用者の状況や家族環境に合わせて相談支援事業所や関係機関と連携しながらスムーズに行えるように配慮しています。ただし、引き継ぎの手順や文書等は定めたものがありません。</p>					

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
Ⅲ-1 本人本位の福祉サービス	Ⅲ-1-(3) 障害のある本人のニーズの充足に努めている。	33	① 障害のある本人のニーズの充足に向けた取組及び相談や意見を述べやすい環境を整備している。	b	b
	Ⅲ-1-(4) 障害のある本人が意見等を述べやすい体制が確保されている。	34	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	b
		35	② 障害のある本人からの相談や意見に対して把握する仕組みがあり、組織的かつ迅速に対応している。	b	b
	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。	36	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。	c	b
		37	② 感染症の予防や発生時における障害のある本人の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	b	b
		38	③ 災害時における障害のある本人の安全確保のための取組を組織的に行っている。	b	b

[自由記述欄]

33. 年1回アンケート調査を実施し、利用者や家族のニーズを聞き取っています。また、毎月工賃を手渡す際は、一人ずつ別室で渡しており、その時に意見や意向を聞いています。職員会議でアンケートで出た意見を話し合い、改善プランミーティングを開いて改善計画を立てています。来年には利用者の自治会を立ち上げる予定ですが、現状では個別の相談面接、定期的な懇談会は行っていません

34. 苦情受付責任者、苦情受付担当者を整備し、第三者委員を設置して施設内に掲示し、利用者に周知しています。利用者、家族へのアンケートの他、や苦情受付箱を設置しています。苦情は苦情受付経過記録に記載して、対応策を利用者、家族にフィードバックしています。ただし、苦情内容、解決結果の公表までは行っていません。

35. 「苦情解決規程」「苦情対応マニュアル」を整備しています。年1回のアンケートの実施や利用者からの意見要望の把握に努めています。利用者からの意見に基づき施設内にスロープを設置する等、サービスの質の向上につなげていますが、苦情対応マニュアルの定期的な見直しは行っていません。

36. 「支援事故発生及び緊急対応マニュアル」を整備しています。事故報告書に記載して経過や対策を職員会議で話し合っていますが、ヒヤリハットの収集による発生要因の分析までは行っていません。また、リスクマネジメントに関する体制の整備が不十分です。

37. 「感染対策マニュアル」を活用して全職員に研修を実施しています。しかし、マニュアルの見直しやマニュアルに基づいた感染予防策が講じられているかの確認は行っていません。

38. 消防計画、避難確保計画、非常災害対策、洪水時避難確保計画を整備しています。利用者、職員の安否確認の為、緊急連絡網を定めています。災害時における建物、設備、サービス提供を継続する為の具体的な対策はありません。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
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一定の水準を確保するための実施方法が確立している。	39	① 提供する福祉サービスについて一定の水準を確保するための実施方法が文書化され福祉サービスが提供されるとともに見直しをする仕組みが確立している。	c	b
	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。	40	① アセスメントに基づく個別支援計画等を適切に策定している。	b	a
		41	② 定期的に個別支援計画に基づく評価・見直しを行っている。	b	b
	Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。	42	① 障害のある本人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	a
		43	② 障害のある本人に関する記録の管理体制が確立している。	b	b

[自由記述欄]

39. 苦情対応マニュアル等、一部の規定やマニュアルは策定していますが、サービスの水準を確保する為のマニュアル整備としては十分ではありません。

40. サービス開始時の面談や相談支援事業所が作成するサービス等利用計画の内容を踏まえて、個別支援計画を策定しています。所定のアセスメントシート、フェイスシートを使用しており、毎年4月に見直しをする仕組みがあります。

41. 年に2回、個別支援計画の見直し時期を定めており、利用者の意向を聴き取った上で関係職員参加のもと計画の評価・見直しを行っています。作成した個別支援計画は、書面でのファイリングとともに事業所内ネットワークを活用し電子データを閲覧できるシステムがありますが、緊急に変更する場合の仕組みは整備していません。

42. 利用時の利用者の状態やサービスの実施状況は、支援経過記録や面談記録シートに記載し、申し送り時やネットワークシステムにより職員間で共有しています。支援経過記録は、利用者の一日ごとの様子が記載できる様式に変更したとのことです。

43. 利用契約の際に、契約書や重要事項説明書とあわせて、個人情報使用同意書、写真掲載に関する同意書について説明をし、同意を得ています。利用者の記録の管理については、個人情報取扱規程に定めていますが、職員に対しての研修等は実施していません。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
A-1 支援の基本理念	A-1-(1) 自立支援	44	① 障害のある本人の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。	b	b
	A-1-(2) 権利擁護	45	① 障害のある本人の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	c	b
	A-1-(3) ノーマライゼーションの推進	46	① 誰もが当たり前にも暮らせる社会の実現に向けた取組を行っている。	b	b

[自由記述欄]

44. 喫煙所や自由に使用できるパソコンを設置し、趣味・嗜好に配慮しています。また、利用者の意向や主体性を尊重し、施設外での販売活動や清掃活動、商品開発等への参加、利用者が取材や編集を行う季刊誌の発行等を支援しています。職員が、利用者の権利について検討し、理解・共有する機会が十分ではありません。

45. 年に1回、障害者虐待防止に関する研修を実施しており、権利侵害の防止等について職員が考える機会を設けていますが、権利擁護や権利侵害について、利用者や家族にわかりやすく周知したり、学習を受ける機会は設けていません。

46. 視覚障害がある利用者の活動に配慮し、本人と相談の上でタイムカードやロッカー、靴箱に点字や鈴を付ける等の環境整備をしています。ノーマライゼーションの考えのもと、「すべての人がしあわせになる」という法人理念を掲げていますが、職員に対してその推進を図る研修等の取り組みは行っていません。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
A-2 生活支援	A-2-(1) 意思の尊重とコミュニケーション	47	① 障害のある本人（子どもを含む）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。	b	a
		48	② 障害のある本人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	a
		49	③ 障害のある本人の障害の状況に応じた専門的かつ多角的な視点から支援を行っている。	b	a
	A-2-(2) 日常的な生活支援及び日中活動支援	50	① 個別支援計画に基づく日常的な生活支援及び日中活動の支援を行っている。	b	b
	A-2-(3) 生活環境	51	① 障害のある本人の快適性と安心・安全に配慮した環境が確保されている。	b	b

[自由記述欄]

47. 意思表示や伝達が困難な利用者については選択肢を設けて確認したり、視覚障害の利用者については点字や白黒反転印刷を用意したりする等、個別的な配慮をしています。インターネットを活用したいという利用者の希望に応じて、相談支援事業所と相談しパソコン教室につないだ事例もあるとのこと。

48. 月1回、相談室で利用者個別に工賃を手渡すとともに、意見や要望、相談等を聴く機会としています。また、サービス管理責任者は現場近くに常駐し、利用者や担当職員が声をかけ相談しやすい態勢を取っています。

49. 新入職員に対する初任者研修の受講をキャリアパスに位置づけており、専門知識の習得を図っています。独語の続く利用者に対しては作業途中で声をかけるなど、それぞれの障害特性に合わせて対応しています。利用者の状況を職員間で日々共有するとともに、障害の状況に応じた個別支援計画に反映し、支援方針の理解・共有を図っています。

50. 6ヶ月に1回のモニタリングの際は可能な範囲で相談支援事業所と同席し、日中活動と支援内容等の検討・見直しを行っています。利用時の送迎、行政や医療機関への同行、昼食提供等、日常的な生活支援や日中活動の支援をしていますが、地域のさまざまな日中活動の情報提供には至っていません。

51. 利用者の使用スペースには、エアコンや空気清浄機、CO2モニター、消毒液等を設置し、快適性や安心・安全の確保を図っています。休憩時間の過ごし方は利用者の選択に任せていますが、安眠(休息)できるような環境はありません。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
A-2 生活支援	A-2-(4) 機能訓練・生活訓練	52	① 障害のある本人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-2-(5) 社会生活を営むための支援	53	① 障害のある本人の希望と意向を尊重した社会生活を営む力をつけるための支援を行っている。	c	b
	A-2-(6) 健康管理・医療的な支援	54	① 障害のある本人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	b
		55	② 医療的な支援について適切に提供(連携)する仕組みがある。	c	b

[自由記述欄]

52. (対象外)

53. 利用開始時に、自宅から事業所への通所経路や手段の確認・説明をしています。送迎サービス利用から公共交通機関利用による自身での通所に変更する等、本人の意向の把握や相談支援事業所との連携のもとで支援していますが、金銭管理等の学習支援には至っていません。

54. 年1回、連携医療機関による健康診断を実施しているほか、通所時にはバイタルチェックを行い、健康状態の記録・把握をしていますが、利用者の健康管理等についての職員研修や個別指導等は行っていません。

55. 現在、服薬管理の必要な利用者はいませんが、行事等の際に服薬を忘れていた利用者へ声をかけるなどの対応をしています。希望があれば通院に同行し、診察時の内容を家族や相談支援事業所等へ伝達していますが、医療的な支援・連携について事業所としての考え方や実施手順は定めていません。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
A-2 生活支援	A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援	56	① 障害のある本人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。	c	b
	A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援	57	① 障害のある本人の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。	a	a
	A-2-(9) はたらくことや活動・生活する力への支援	58	① 障害のある本人の活動・生活する力や可能性を尊重した支援を行っている。	b	a
		59	② 障害のある本人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	a

[自由記述欄]

56. 生活リズムの乱れにより定時に通所することが難しい利用者に、送迎サービスを提供することで安定化を図ったり、本人・家族の希望や相談支援事業所の提案によりグループホームの体験利用につないだりすることはあります。ただし、地域生活への移行や地域生活に関する課題等を把握し、具体的な生活環境への配慮・支援は十分ではありません。

57. 6ヶ月に1回のモニタリングの際には可能な限り家族に同席を求め、利用者本人の生活や支援について意見交換しているほか、必要時には随時家族へ連絡しています。利用者の意向を尊重するため、あえて家族とは別の機会に改めて本人の意向を聴き取ることもあります。利用者の行動に関する家族からの相談に助言したり、障害の理解を得るために説明する機会をもうけています。

58. 利用者の意向や適性に応じて食品製造班と資源回収班に分かれています。時に商品開発や施設行事(祭り)、地域での販売活動に参加してもらっています。また、絵の好きな利用者に対して絵画展公募の情報提供をして応募を促すなど、意欲や可能性を引き出す支援を行っています。

59. サービス利用開始時やモニタリング時に利用者の意向を確認し、希望の作業にチャレンジできるよう支援しています。月1回、工賃を手渡す際には個別に面談し、わかりやすく説明しています。昨年より弁当作りを新規展開したり、資源回収先を開拓するなど、工賃を引き上げるための取り組みや工夫を常に考慮しています。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
A-3 就労支援	A-3-(1) 就労支援	60	① 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	b

[自由記述欄]

60. ジョブパークからの就職に向けた研修会や説明会の案内があれば随時紹介し、事業所内に掲示しています。一般就労していた元利用者が離職した場合には再利用を受け入れていますが、一般就労に向けて企業とのマッチング等就職支援やハローワーク等との具体的な連携には至っていません。