

[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	あおぞら	施設種別	生活介護
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会		

令和元年6月10日

総 評	<p>社会福祉法人久美の浜福祉会は、1990年6月久美浜町からの委託により、無認可久美浜共同作業所として旧佐濃北小学校の校舎を利用して、利用者8名、職員2名で事業を開始されました。その後、2003年8月に社会福祉法人久美の浜福祉会として法人認可され、現在に至ります。「あおぞら」「つばさ」「かがやきの杜」の名称は旧久美浜共同作業所の利用者が「自分たちの名前は自分たちで考える」とのことで利用者、職員等、関係者が平等の一票を投じて決定されました。</p> <p>理念の一つ、地域の一員として、地域の産業と結んだ仕事づくりと地域生活を支える地域支援の充実を目指すべく、生活介護「あおぞら」は、就労継続支援事業B型「つばさ」と共に、就労中心の事業を展開しています。</p> <p>障害特性や本人の力に合わせて班編成を行い、豆腐やドーナツなどの食品製造、リサイクル、さおり織り、紙漉きなどの仕事に携わることができるように配慮されています。また、当事者が中心となるよう、障害のある本人が参画する「仲間の給与委員会」なども開催されています。</p> <p>さらに、地域とのつながりも大切にし、仲間の手しごと展やふれあいフェスタと題した施設行事を開催し、地域に密着する取り組みを行われています。仲間の給食には地元からいただいた野菜を使うなどしており、地域から応援してもらっている施設であることがわかります。</p>
--------	--

<p>特に良かった点(※)</p>	<p>○職員会議・委員会活動の充実        管理監督層で構成され毎週開催される運営会議、月2回の全体職員会議、月1回の主任・サービス提供管理者会議、事業所別会議において運営・利用者支援に関する検討会議が行われ、すべてにおいて会議録が作成され共有されています。また、仲間の給与検討委員会や保健衛生委員会など5つの委員会が設けられ、課題検討がなされています。</p> <p>○職務の明確化・計画的な職員研修の実施        組織として職員の役割・責任が管理規程や職務分掌等で明確に定められています。また、年度初めに運営会議にて法人全体の研修計画、職員一人ひとりの研修受講計画が作成され、研修が実施されています。</p> <p>○働く場としての環境整備        利用者の希望や特性を活かした「はたらく」ことの支援を行っており、定期的に行われる「仲間の給与検討委員会」にて作業や給与等について検討されています。就労を中心にした事業展開の中で、作業に携わることが難しい障害のある本人が、通所できることを目的に日中の居場所となるピアスペースも設けています。</p>
<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p>○中長期計画の作成        単年度計画において、福祉の動向や地域の現状などが分析され課題抽出が行われており、多様な仕事づくりや地域との交流関係を深めるための第2の拠点づくりが謳われています。第2の拠点づくりを確実に実現させるためにも、中長期的な展望を明確した計画の作成を検討されることを期待します。</p> <p>○単年度事業計画の説明        サービス開始時の説明や日々の直接支援において家庭訪問や連絡ノートでのやり取りが密に行われていますが、単年度事業計画について、利用者や家族への説明が行われていません。家族会が実施され、機関紙も定期発行されていますので、これらの取り組みを活用して事業計画を周知されてはいかがでしょうか。</p> <p>○規程・マニュアルの整備        情報開示の規程は整備されていますが、記録の保管、保存、廃棄に関する規程の定めがありません。利用者支援におけるマニュアルについても、入浴支援や排せつ支援等、必要と思われるものが作成されておらず、また、作成済のものであっても見直し時期が定められていないものもありました。一度、規程やマニュアルを確認し、必要なものを作成するとともに、定期的に内容の確認を行ってください。</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	あおぞら
施設種別	生活介護
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会
訪問調査日	平成31年3月12日

## I 福祉サービスの基本方針と組織

評価分類	評価項目	評価細目	評価結果	
			自己評価	第三者評価
I-1 理念・基本方針	I-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。	① 理念が明文化されている。	A	A
		② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	A	A
	I-1-(2) 理念、基本方針が周知されている。	① 理念や基本方針が役員及び職員に周知されている。	B	A
		② 理念や基本方針が障害のある本人(家族・成年後見人等含む)に周知されている。	B	B
I-2 計画の策定	I-2-(1) 事業計画の策定について	① 各年度計画を策定するための基礎となる中期(概ね3年)もしくは長期(概ね5年以上)計画が策定されている。	C	C
		② 事業計画の策定が組織的に行われている。	B	A
		③ 事業計画が職員に周知されている。	B	A
		④ 事業計画が障害のある本人(家族・成年後見人等含む)に周知されている。	B	B
I-3 管理者の責任とリーダーシップ	I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。	① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	B	A
		② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	B	B
	I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	① 質の向上に意欲を持ちその取り組みにリーダーシップを発揮している。	B	A
		② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みにリーダーシップを発揮している。	B	A

### [自由記述欄]

I-1-(1)①パンフレット等に法人開設の基本理念を明文化しており、その基本理念は、法人の役割や使命や目指す福祉サービスの方向性など利用者の主体性を尊重したものとなっています。

I-1-(1)②事業計画に基本方針を明記し、理念との整合性を図っています。職員の行動規範となるように具体的な内容となっています。

I-1-(2)①理念・基本方針は、年度末に実施された職員会議での報告や事業所内に掲示する等、職員への周知を図っています。

I-1-(2)②理念・基本方針は、障害のある本人(以下、「本人」と表記)の自治会や家族会総会時に口頭のみで説明しており、資料に基づいた説明等はできていません。

I-2-(1)①中長期計画策定については、必要性を認識し、策定に向けた話し合いを行っていますが、具体的な取り組みまでには至っていません。現状および今後の方向性については、職員会議での説明にとどまっています。

I-2-(1)②事業計画に基づく、実施状況を幹部による運営会議を毎週実施し、法人全体の収支状況や作業班ごとの収支状況について把握し、計画の評価、見直しを行っています。また、作業班、総務部、指導部による部署ごとで4半期に1回、総括を行っています。

I-2-(1)③事業計画は年度初めの方針会議で説明し、職員への周知と理解を図っています。

I-2-(1)④本人や家族会に対する事業計画の説明は口頭のみとなっており、配布や、説明会の開催等の周知に向けた取り組みがありません。

I-3-(1)①管理者の役割と責任は組織規定に明記しています。広報誌では年始に理事、4月には施設長が挨拶を掲載し、その役割と責任を表明しています。

I-3-(1)②管理者は必要な研修会等に参加し、職員会議でその報告を行う等、法令等の周知に向けて取り組んでいます。遵守すべき法令等は把握できていますが、リスト化はしていません。

I-3-(2)①管理者は職員会議等に積極的に参画する等、サービスの質の向上を図っています。管理職で構成する運営会議を週1回実施しています。その際、施設長が次第を作成し、会議進行を行っています。

I-3-(2)②管理者は運営組織図、職員分掌を作成し、組織整備を行っています。運営会議を執り行い、人事、労務、財務等の分析を行っています。

## Ⅱ 組織の運営管理

評価分類	評価項目	評価細目	評価結果	
			自己評価	第三者評価
Ⅱ-1 経営状況の把握	Ⅱ-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	B	B
		② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見し、改善を行っている。	B	B
Ⅱ-2 人材の確保・養成	Ⅱ-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。	① 必要な人材に関する具体的なプランが確立し、職員のやる気向上に取り組んでいる。	B	B
		② 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。	B	B
	Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	① 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。	B	B
		② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	A	A
	Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	B	B
		② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取り組みが行われている。	A	A
		③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行なっている。	B	B
Ⅱ-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行なわれている。	① 社会福祉に関する資格取得のための実習生の受け入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取り組みをしている。	B	B	
Ⅱ-3 個人情報の保護	Ⅱ-3-(1) 障害のある本人等の個人情報を「個人情報保護法」に基づき適切に管理している。	① 障害のある本人等の個人情報を「個人情報保護法」に基づき適切に管理している。	A	B
Ⅱ-4 安全管理	Ⅱ-4-(1) 障害のある本人の安全を確保するための取り組みが行なわれている。	① 緊急時(事故、感染症の発生時など)における障害のある本人の安全確保のための体制が整備されている。	B	B
		② 災害時に対する障害のある本人の安全確保のための取り組みを行っている。	A	A
		③ 障害のある本人の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。	B	B
Ⅱ-5 地域や家族との交流と連携	Ⅱ-5-(1) 地域との関係が適切に確保されている。	① 障害のある本人と地域とのかかわりを大切にしている。	B	B
		② 地域の福祉ニーズを把握し、事業所が有する機能を地域に還元している。	B	B
		③ ボランティア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-5-(2) 関係機関との連携が確保されている。	① 障害のある本人を支援するため、必要な社会資源や関係機関を明確にして連携している。	B	B
		② 家族との定期的な連携・交流の機会を確保している。	A	A

**〔自由記述欄〕**

Ⅱ-1-(1)①社会福祉事業の動向や京丹後市福祉計画等の地域の状況や福祉ニーズの把握に努めていますが、把握した福祉ニーズや情報が中長期計画などに反映されていません。

Ⅱ-1-(1)②職員会議や運営会議、収支報告書などにおいて、サービスのコスト分析や利用率の分析などに組織的な取り組みがありますが、中長期計画などに反映されていません。監事が税理士であり、日常的に相談・指導を受けています。

Ⅱ-2-(1)①職種・役職に求められる役割等は管理規定に定めています。また 管理者が年に1回職員面談を行い、一人ひとりの能力向上に向けた希望等を確認していますが、具体的なプランは作成していません。

Ⅱ-2-(2)①職員へのサポート体制として年1回管理者が面接の機会を設けています。人材や人員体制に関する具体的なプランへの反映には至っていません。育児休業法や介護休業法には適切に対応しています。

Ⅱ-2-(2)②保健衛生委員会が職員の衛生管理を行っています。地域産業保健事業や全国健康保険協会の保健師指導や管轄保健所による歯科口腔指導などを活用しています。

Ⅱ-2-(3)①介護福祉士実務者研修受講資金貸付(無利子)制度を設けています。資格取得のための時間にも配慮していますが、文書化できていません。中長期計画が無い為、職員に求める基本姿勢や意識は明示していません。

Ⅱ-2-(3)②年度初めの運営会議で法人全体の研修計画、職員一人ひとりの研修受講計画を作成しています。また毎月第3水曜日には事例検討会、第5水曜日には研修会を開催し、研修終了後には感想文の提出等、職員の資質向上に向けて取り組んでいます。

Ⅱ-2-(3)③研修参加者は報告書の提出や職員会議での報告会で行っていますが、研修計画、成果に対する評価・分析はしていません。

Ⅱ-2-(4)①地元高校の介護科の実習生を毎年受け入れており、学校と打ち合わせを行い実習を行っています。実習担当者を配置し、学校ごとのマニュアルを整備していますが、受け入れに関する基本姿勢は明文化していません。

Ⅱ-3-(1)①「特定個人情報取扱規程」を策定しています。利用契約時に、「利用契約における個人情報使用同意書」を用いて、利用者や家族から同意を得ています。規程に基づいた日常的なルール of 明示はありませんでした。

Ⅱ-4-(1)①緊急連絡網や緊急対応マニュアルを整備しています。また、年に1回普通救命講習や上級救命講習の受講もあります。地区の民生児童委員の定例会へ参加したり、駐在所との関係性構築等の協力体制をつくっていますが、マニュアルについて、障害のある本人へ周知できていません。

Ⅱ-4-(1)②安全防災委員会を設置しています。利用者行方不明のフローチャートの整備や、災害発生時の役割分担を決める等、体制を整えており職員全員に周知しています。

Ⅱ-4-(1)③発生した事故は職員会議、また、ヒヤリハットは指導者部会において事例を取り上げ、対応策の検討を行っています。安全確保策の実施状況や実効性の定期的な評価や見直しは行っていません。

Ⅱ-5-(1)①施設で地域の自治会に加入しており、避難訓練へも参加しています。本人が地域の社会資源を活用できるよう、職員が援助できる体制がありますが、企画の段階から本人が参画できる行事等はありません。

Ⅱ-5-(1)②地域との連携を意識した取り組みとして、毎年仲間の手しごと展・ふれあいフェスタを開催し、バザー等の物品販売を行い、福祉ニーズを把握する機会を確保していますが、介護相談等の支援活動は行っていません。

Ⅱ-5-(1)③ボランティアの受け入れについて、指導者部会で協議していますが、ボランティア受け入れに関する基本姿勢の明示や、マニュアル等は整備していません。

Ⅱ-5-(2)①サービス担当者会議に出席し、関係機関や団体等と情報交換や協議を行っています。また、民生児童委員の定例会に参加した際、困難ケースの情報を得て、支援に繋がったことがあります。関係機関や団体等のリストや資料は作成していません。

Ⅱ-5-(2)②連絡ノートや家族会にて家族へ情報提供や支援を行っています。家族からの相談については、まずは担当職員が受け付け、対応が困難な場合は主任が対応する体制となっています。

### Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

評価分類	評価項目	評価細目	評価結果	
			自己評価	第三者評価
Ⅲ-1 サービス開始・継続	Ⅲ-1-(1) サービス提供の開始が適切に行なわれている。	① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	B	A
		② サービスの提供を始めるにあたり障害のある本人等(家族・成年後見人等を含む)に説明し同意を得ている。	B	A
	Ⅲ-1-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行なわれている。	① 支援内容の変更や暮らしの場の変更にあたり生活の継続性に配慮した対応を行っている。	A	A
Ⅲ-2 個別支援計画の作成とサービス提供手順	Ⅲ-2-(1) 障害のある本人のアセスメントが行なわれている。	① アセスメントとニーズの把握を行っている。	A	A
	Ⅲ-2-(2) 障害のある本人に対する個別支援計画の作成が行われている。	① 個別支援計画を適正に作成している。	B	B
	Ⅲ-2-(3) 個別支援計画のモニタリング(評価)が適切に行われている。	① 定期的に個別支援計画のモニタリング(評価)を適切に行っている。	B	B
	Ⅲ-2-(4) サービス実施の記録が適切に行なわれている。	① 障害のある本人に関するサービス実施状況の記録が適切に行なわれている。	B	A
		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
		③ 障害のある本人の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	B	A
Ⅲ-3 障害のある本人本位の福祉サービス	Ⅲ-3-(1) 障害のある本人ニーズの充足に努めている。	① 障害のある本人ニーズの把握を意図した仕組みを整備している。	B	A
		② 障害のある本人ニーズの充足に向けた取り組みを行なっている。	B	A
	Ⅲ-3-(2) 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。	① 障害のある本人(家族・成年後見人等含む)が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	B	B
		② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	B	B
		③ 障害のある本人(家族・成年後見人等含む)からの意見等に対して迅速に対応している。	C	C
	Ⅲ-4 サービスの確保	Ⅲ-4-(1) サービスの一定の水準を確保する為の実施方法が確立されている。	① 提供するサービスについて一定の水準を確保する為の実施方法が文書化されサービス提供されている。	B
② 一定の水準を確保する為の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	B
Ⅲ-4-(2) 質の向上に向けた取り組みが組織的に行なわれている。		① サービス内容について定期的に評価を行なう体制を整備している。	B	C
		② 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。	C	C

**【自由記述欄】**

Ⅲ-1-(1)①ホームページの開設、パンフレットを作成する等して、本人へ情報提供を行っています。作成した資料は市役所の障害福祉課へ設置し、多数の人が手に取れるように対応しています。

Ⅲ-1-(1)②サービス開始前に、本人や家族に重要事項説明書や、日課集等を用いて、分かりやすく説明できるよう工夫しています。

Ⅲ-1-(2)①他の事業所や地域生活への移行について、関係者間の事前の打ち合わせにて引き継ぎを行っていますが、手順は定められていません。

Ⅲ-2-(1)①所定の様式にて、アセスメントを行っています。また、複数の職員の意見がアセスメントに反映されています。

Ⅲ-2-(2)①アセスメントに基づき、個別支援計画を策定しており、留意点も具体的に記載しています。個別支援計画は年2回見直していますが、見直しの時期や手順等は定めていません。

Ⅲ-2-(3)①本人の状況に応じて、モニタリングやアセスメントを行い、記録しています。日々のプログラムが本人の変化に対応しているかの確認は行えていません。

Ⅲ-2-(4)①所定の様式にて記録等の書類を整備しています。記録方法については、指導部の方針会議にて検討し、職員へ伝達指導を行っています。

Ⅲ-2-(4)②情報開示については規程を定めていますが、記録の保管、保存、廃棄に関する規程等は定めていません。

Ⅲ-2-(4)③職員会議やサービス管理責任者会議、事業所別会議で情報共有を行っています。

Ⅲ-3-(1)①年1回の家庭訪問や、月2回の「仲間の自治会」において、本人のニーズ把握に努めています。

Ⅲ-3-(1)②本人のニーズは各作業班で聞き取り調査を行い、分析や検討を行っています。

Ⅲ-3-(2)①日常的に利用者自身が声を掛けやすい職員に相談ができるよう雰囲気づくりをしています。相談スペースは日常的に活用しており、利用者が相談や意見等を述べやすい環境を整備していますが、苦情記入カード等の配布や匿名アンケート等の実施は行っていません。

Ⅲ-3-(2)②「苦情対応規程」を整備し、苦情等があった場合には「苦情・相談受付票」への記録により情報共有し、対応策を検討する仕組みはあります。本人了承のもと記録を残している為、2018年度は同意が得られず、苦情・相談受付事案はありませんでした。

Ⅲ-3-(2)③利用者から意見や提案を受けた際は、サービスの改善に反映していますが、対応方法を規定したマニュアルはありません。

Ⅲ-4-(1)①日々の業務について注意事項や簡単な手順をまとめた「職員の簡単な確認事項」を作成し、職員へ周知していますが、プライバシー保護について明示していません。

Ⅲ-4-(1)②年度初めに「職員の簡単な確認事項」は見直していますが、本人や家族等からの意見や提案が反映される仕組みにはなっていません。

Ⅲ-4-(2)①自己評価は行っていません。今回の第三者評価受診にあたっては、複数の職員で自己評価を行いました。が、仕組みとしては確立できていません。

Ⅲ-4-(2)②今後、評価結果に基づいた改善策や改善実施計画を検討・策定する予定です。

**IV 障害のある本人を尊重した日常生活支援**

評価分類	評価項目	評価細目	評価結果	
			自己評価	第三者評価
IV-1 障害のある本人を尊重した日常生活支援	IV-1-(1) 障害のある本人を尊重する取り組みがなされている。	① 障害のある本人を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取り組みを行っている。(プライバシーへの配慮)	B	B
		② 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	A
		③ 障害のある本人の主体的な活動を尊重している。	B	A
IV-2 日常生活支援	IV-2-(1) 清潔・みだしなみ	① 【入浴】入浴について障害のある本人(家族・後見人等含む)の希望を尊重したサービスが提供されている。	A	B
		② 【衣服】衣服について障害のある本人(家族・後見人等含む)の希望を尊重したサービスが提供されている。	A	A
		③ 【理美容】理美容について障害のある本人(家族・後見人等含む)の希望を尊重した選択を支援している。	A	A
	IV-2-(2) 健康	① 【睡眠】安眠できるように配慮している。	B	A
		② 【排泄】障害のある本人の状況に合わせた排泄環境を整えている。	B	B
		③ 【医療】障害のある本人の健康を維持する支援を行っている。	A	A
	IV-2-(3) 食事	① 【食事】楽しい食事ができるような支援を行っている。	A	A
	IV-2-(4) 日中活動・はたらくことの支援	① 障害のある本人の意思を尊重した日中の活動の取り組みを行っている。	B	A
	IV-2-(5) 日常生活への支援	① 障害のある本人の意思を尊重した日中の活動の取り組みを行っている。	B	A
		② 事業所の外での活動や行動について障害のある本人の思いを尊重した取り組みを行っている。	B	B
	IV-2-(6) 余暇・レクリエーション	① 障害のある本人の意思を尊重し、日常生活が楽しく快適になるような余暇、レクリエーションの取り組みを行っている。	B	A

**【自由記述欄】**

IV-1-(1)①「2018年度指導方針」や「福祉職員の心得(求められる人物像)」に利用者本人を尊重したサービス提供について明文化していますが、本人のプライバシー保護等について具体的に明文化したものではありません。2018年度は丹後保健所保健師等の外部講師を招き「虐待防止について」の研修を実施しています。

IV-1-(1)②大きな文字で分担表を作成したり、絵で1日の流れを示したりと工夫しながらコミュニケーションを図っています。

IV-1-(1)③「仲間の自治会」を毎月2回開催しており、会長や副会長は選挙管理委員を設置し、利用者の投票により選出する仕組みです。本人が主体的に活動できる場となっています。また、近隣事業所と仲間の交流会を組織しており、毎年意見交流会やスポーツ交流会、歓迎交流会等を行っています。

IV-2-(1)①自宅で入浴が困難な場合には、施設で入浴してもらえよう環境整備しています。入浴支援時にはADL(日常生活動作)チェックを行い、職員間で状態の把握・共有が行えるようにしていますが、入浴介助等に関するマニュアルは整備していません。

IV-2-(1)②こだわりにより同じ衣服を着て来られる場合は、職員の声掛けにより利用中に洗濯を行い、清潔な衣服を着用してもらえよう支援する等、本人を気かけ、丁寧に対応しています。

IV-2-(1)③本人の希望や職員の気づきにより美容院の利用を調整しています。業者に来てもらうこともあれば、一人で行けない方へは同行支援しています。

IV-2-(2)①来所時に睡眠や食事摂取状況、服薬確認等の健康チェックを行い、体調管理の支援をしています。気になる点があれば、家族や成年後見人に速やかに連絡し、必要に応じて医師や医療機関への受診、相談を行っています。横になりたい時は、ゴロゴロコーナーで休むことができます。

IV-2-(2)②排泄介助が必要な場合には支援を行っていますが、介助方法に関するマニュアル等は整備していません。

IV-2-(2)③週2回看護師による相談対応の他、月1回嘱託医に相談できる機会があります。必要に応じて通院の同行支援しています。

IV-2-(3)①年1回嗜好調査を行い、誕生日月には、可能な範囲で希望献立を取り入れています。また、近所の方から野菜等を頂いた際には、頂いた先を書いて知らせ、皆で食べられるよう献立を調整しています。食器は陶器のものを使用し、温かいものは温かく、冷たいものは冷たく提供し、美味しく食べて頂けるよう工夫しています。

IV-2-(4)①利用者の希望や特性を活かした「はたらく」ことの支援を行っており、作業班によっては、毎月の売り上げを紙に書いて掲示しています。年5回開催の仲間の給与検討委員会にて作業や給与等について検討し、数回に1回は利用者にも参画してもらい、説明を行っています。年度末には各作業班の収支説明を行い、一律の期末手当を支給しています。

IV-2-(5)①利用中の決め事や当番等の担当割は、「仲間の自治会」にて話し合い、決定しています。金銭管理等への支援として買い物学習会を行っており、年2回作業班で、年1回は利用者全員で買い物へ出かけ、自分で商品を取り、支払う等の訓練を行っています。

IV-2-(5)②利用者に行きたい所を聞き取りし、移動支援にて事業所外での外出を支援していますが、連絡先を明示したカード等は整備していません。本人の希望により温泉と一緒に出掛け、夜は事業所に泊まり宿泊訓練を行ったことがありました。

IV-2-(6)①希望があれば、タクシーの手配やスケジュール作成などの相談に乗っています。今年度は府外の水族館へ行きたいと希望があり、調整しています。