

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	第4共働舎 花の会	
運営法人名称	社会福祉法人花の会	
福祉サービスの種別	生活介護	
代表者氏名	前田 恵津子	
定員（利用人数）	47(44)名	
事業所所在地	〒569-1123 大阪府高槻市芥川町2丁目12番23号	
電話番号	072 - 681 - 8959	
FAX番号	072 - 681 - 8969	
ホームページアドレス	http://hananokai.info/	
電子メールアドレス	hana-net@minos.ocn.ne.jp	
事業開始年月日	平成25年3月1日	
職員・従業員数※	正規 11名	非正規 3名
専門職員※	介護福祉士 4名 保育士 1名	看護師 1名
施設・設備の概要※	[居室]	
	[設備等] チューリップ（リサイクルショップ） 定員12名 スイートピー（リサイクルショップ） 定員7名 たんぽぽ亭（弁当屋） 定員6名 こすもす（リサイクルショップ） 定員12名 ラベンダー（軽作業、物品回収、弁当配達、さをり織りなど） 定員10名	

※印の項目については、定義等）

【第三者評価の受審状況】

受審回数	0回
前回の受審時期	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】

「共に学び、共に働き、共に生きる」

【基本方針】

「一人ひとり自分らしく地域の中でいきいきと活動できるように、それぞれの思いを尊重し活動する」

- ①メンバーとワーカーが対等な関係でつながり活動する。
- ②生産活動の活性化。
- ③地域とのつながりを大切にする。

【施設・事業所の特徴的な取組】

事業は生活介護ですが、作業がベースの活動内容です。地域のネットワークに入り、働くことで、障がいの有無に関係なく、自分自身の存在価値を感じる、また、何かしらの達成感や充実感のある生活を獲得することを目指しています。

行事や余暇活動もあり、一泊研修旅行、花の会運動会、プールレクリエーション、土曜日開所の創作活動など、それぞれのライフスタイルで地域の中でいきいきと暮らすことを目標をしてサービス提供しています。

【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3年8月26日～令和3年8月27日
評価決定年月日	令和3年10月29日
評価調査者（役割）	1401B017（運営管理・専門職委員） 0701B031（専門職委員） （ ） （ ） （ ）

【総評】

◆評価機関総合コメント

「花の会」は、昭和58年の無認可作業所からスタートし、昭和63年に社会福祉法人花の会を設立し、今日に至っています。事業は、日中活動支援の生活介護事業のほか、児童発達支援・放課後デイサービス、地域生活支援として短期入所事業とガイドヘルパー、グループホーム、就労継続B型事業、就労移行支援、相談支援事業等と幅広く障がい児・者を対象とした事業を行い、地域に根差した障がい福祉サービスを展開しています。

第4共働舎花の会の事業所は、高槻市内に5か所あり、定員47名で現在44名の利用様が通所し色々な活動に参加しています。事業所は、チューリップやこすもす、スイートピー、たんぼぼ亭、ラベンダーと花の店舗名になっています。『チューリップ』『こすもす』『スイートピー』はリサイクルショップ、『たんぼぼ亭』はお弁当屋、『ラベンダー』は、さをり織り・軽作業、ピラ配り等を行なっています。

各事業所は商店街や住宅地にあり人流が多く立地場所は良い環境です。第4共働舎花の会の中心は、高槻商店街にある『チューリップ』で施設長が駐在し、各事業所の業務把握の要の場所になっています。建物は『チューリップ』や『こすもす』『スイートピー』は2階建てで、1階が店舗、2階がリサイクル商品置き場所や食事場所などになっています。

『たんぼぼ亭』は、周辺に病院や学校、会社等があり、ラベンダーは住宅街にあって、5か所の事業所は、地域住民や勤め人によく利用されており、地域との日常的で自然なつながりが伺われます。

利用者は、月曜から金曜日・隔週土曜日通所となっています。事業は生活介護事業ですが、就労する方もおられます。利用者は、店舗での来客対応のほかに、リサイクル品の回収・整理、値札付け、お弁当作りと配達、ネジやサドル等の袋入れ作業などを行ない、生活介護としては高い工賃が支払われています。土曜日は、レクリエーションや創作活動などを行なっています。

◆特に評価の高い点

1. 理念・基本方針の明確化と周知

法人の理念や基本方針は、ホームページや事業計画、パンフレット等に明文化し、入職時研修や職員会議等で周知されています。また、利用者や家族へは、ホームページやパンフレットのほか、花の会総会（利用者・家族・職員が参加）等でも周知しています。

2. 中期計画や単年度計画の作成の充実

理念や基本方針を基に中期計画を策定し、その計画には、法人の理念や目指す将来、目標設定や課題、利用者の人権尊重・自立生活支援、支援者の確保と育成・定着、地域交流等々が網羅されています。中期計画を基に単年度計画を策定し、その計画は、重点目標と実現計画、利用者支援、活動内容、職員配置・研修、余暇支援等の実現できる行動計画になっています。

3. サービスの質向上と職員の資質向上への取り組み

入職者研修や人権研修、虐待防止研修、ケース検討会議等を行なうほか、セルフチェックリスト（年1回）や「業務振り返りチェックシート」（2～3ヶ月に1回）での自己点検を実施しています。また、チェックシートや支援・サービス内容の評価・分析が管理者会議等で行なわれ、サービスの質向上を図っています。さらに、職員一人ひとり目標管理の設定と、目標管理のための面談を年3回行うなどして職員の質向上を目指しています。

4. 地域密着の店舗展開と地域交流

リサイクル店舗3か所が商店街に、さをり織りや軽作業等の事業所が住宅街に、お弁当屋が病院や会社等の多い場所に、それぞれ事業所を構えており、まさに地域密着型と言えます。また、法人の夏祭りや地域の夜店などの折に衣類や装飾品、飲食物等の店を出して、利用者や家族、職員と地域住民との交流の場となっています。

5. 利用者尊重の姿勢と職員・利用者の対等な関係の構築

利用者を尊重した福祉サービス提供について、利用者と職員が対等な関係でいられるよう共通の理解のもと日々の支援に取り組んでいます。利用者一人ひとりの声を聞く姿勢を大切にしており、職員と利用者が共に考え、日々の支援に反映しています。利用者会である「みんなの会」や家族会も定期的実施しており、日々の支援の状況を共有しています。

6. 利用者が目標達成に向けて努力できる具体的な個別支援計画の作成

個別支援計画の目標は一人ひとりの状況に即した具体的な内容となっており、計画に基づいた支援を実践しています。計画の見直しのケース会議は本人、家族、職員と、関係機関職員が入って行なわれており、適切な評価とともに、本人の意向に沿った次の目標設定を行なっています。

◆改善を求められる点

1. 施設長の役割と責任の明確化と権限移譲の確立

施設長の役割や責任を明確にする文書がなく、職員への周知もできていません。今後、業務分担表等に職務内容や職責等を明記し、事業所別会議や全体職員会議、研修等を通して職員に周知することが望まれます。また、施設長不在時の権限移譲の体制ができていません。今後、平常時や有事における権限移譲に関しても、業務分担表等で明示することが求められます。

2. 福祉サービスに関わる専門職の育成

事業計画等を実習生受入れの基本姿勢の明記がありません。今後、福祉専門職の育成を事業所の社会的責務と認識し、事業計画等に受入れの基本姿勢の明記と、実習受入れマニュアルやプログラムの作成、また、実習指導者の育成についても着手が望まれます。

3. ボランティア受入れや学校協力の基本姿勢の明記とマニュアルの作成

ボランティア受入れや学校協力について、その基本姿勢の明示やマニュアルもありません。事業所はボランティアの受入れや学校協力における地域の一社会資源である捉え、事業計画等での基本姿勢の明記と、ボランティア登録簿や受入れマニュアル等の整備が望まれます。

4. 利用者・家族等からの相談や意見を踏まえた苦情の考え方の明確化

現在、苦情解決の仕組みは構築されていますが、具体的に機能はしておらず、運用までには至っていません。今後、施設として相談や意見をも含め、苦情のついでへの考え方を明確にしていくとともに、組織的に一貫した対応ができるよう体制を整えていくことが求められます。

5. リスクマネジメント体制の構築

現在、ヒヤリハットの収集に関する積極性が見受けられません。今後、事業所としてリスクマネジメントに対応する組織的な体制を明確にしていくとともに、安全対策を充実させるためのリスクの把握や原因分析、改善策の検討などに向けてのより意欲的な取り組みが必要です。

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

この度、第三者評価を受審したことで、一つ一つ確認をしながら準備し、何が必要で何が不要でないかを確認することができました。第4共働舎花の会だけでなく、花の会の生活介護全体で受け止め取り組みました。知識不足で他の事業所に協力を求め、指摘された内容も共有して今後の活動に繋げていく気づきになりました。例えば職員の休憩時間の確保をどう取り組んでいくか、管理者での協議になり、現場への意思表示ができました。実践できるようになるのは、しばらく時間を要しますが、前進の一歩に繋がったと思います。

◆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。	a
(コメント)	<p>■理念や基本方針は、ホームページや事業計画、パンフレット等に明文化するとともに、入職時研修や方針会議、花の会総会等で職員に周知しています。また、法人の使命や目指す方向が明示され職員の行動規範となる内容になっています。</p> <p>■利用者や家族への周知は、ホームページやパンフレット、広報誌に掲載するほか、利用者や家族、職員が参加する花の会総会(年1回開催)で資料を配布し説明を行なっています。今後、利用者にもより分かりやすい資料の作成が期待されます。</p>	
		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。	b
(コメント)	<p>■社会福祉事業全体の動向については、福祉新聞や法人本部からの諸資料等によって把握・分析しています。また、高槻市障害福祉計画の内容などを職員にも周知されていますが、動向把握としては不十分です。今後、厚労省のホームページや経営協議会等の情報を入手しての把握・分析が望まれます。</p> <p>■法人・事業所として利用者数や利用率、人件費率等を把握・分析していますが、職員の関心が低いようです。今後、把握・分析したものを全体の会議等で共有を図るとともに、職員の意識を高めるために、コストや利用率等に関する研修が望まれます。</p>	
3	I-2-(1)-② 経営環境と経営状況の把握・分析にもとづき経営課題を明確にし、具体的に進めている。	a
(コメント)	<p>■法人や事業所の経営課題は、法人の会議や事業所の管理者会議、事業所別会議等で把握・分析し対応しています。また、事業拡大や改修修繕等に関しては、法人会議での検討や、理事や監事と理事会を通して情報共有と連携を図り対応しています。</p> <p>■法人や事業所の経営課題は、事業所別会議、職員全体会議等において、総括会議資料や事業計画を職員に配布し周知しています。令和1年8月には課題であった「こども食堂」を開始することができました。</p>	

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)	<p>■理念や基本方針を基に中長期計画を策定し、その計画には、法人の理念や目指すべき目標、利用者の人権尊重と生活支援、職員の人材の確保と育成・定着、ガバナンス体制、地域貢献等を網羅しています。</p> <p>■中長期計画は、数値目標や具体的な成果を設定する内容で、必要に応じて総括会議等での見直しができています。しかし、収支予算がありませんので、収支予算の作成が望まれます。</p>		
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。	a
(コメント)	<p>■中長期計画を踏まえ課題を明らかにし重点目標を掲げ実現できる単年度計画を策定しています。計画は、基本方針や重点目標、事業運営や職員配置、生産活動内容、利用者主体の生活支援、社会参加・余暇活動の充実、職員研修等の実現できる行動計画になっています。今後、具体的な数値目標の設定が期待されます。</p>		

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。	a
(コメント)	<p>■事業計画は、管理者会議や事業所別会議等で策定し法人事業運営会議で検討・決定して、総括会議や花の会総会等で職員に周知しています。また、計画策定の手順書があり全職員が参加する中間期の総括会議や総括会議等で計画の評価・見直しを行なっています。</p>		
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)	<p>■利用者や家族、職員が参加する花の会総会で事業計画資料を配布し説明しています。不参加の家族にも資料を配布しています。</p> <p>■第4共働舎のちらし(絵や写真入り)は、理念や計画等を記載し利用者や家族に配布されていますが、今後、ルビを振ったり、利用者がより理解しやすいような、分かりやすい文言にしていけることが望まれます。</p>		

		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。
	(コメント)	<p>■入職者研修で社会人としての心構えや支援方法を学ぶほか、人権研修に虐待防止研修、ケース検討会議や支援会議等を行ないサービスの質向上に努めています。また、毎月、人権研修や支援内容、“共に生きる”などの研修を行なってサービス向上に努めています。</p> <p>■年1回「セルフチェックリスト」での点検や、2～3ヶ月に1回チェックシートを用いて業務の振り返りを実施しています。管理者会議等で支援やサービス内容の評価・分析を行ないサービス向上を図っています。第三者評価は今回初受審ですが、今後も継続的に受審することを確認しています。</p>
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。
	(コメント)	<p>■サービス内容の評価・分析後、課題や目標が明確なれば事業計画等に明記し改善を進めています。また、職員間の課題共有は、事業所別会議や全体職員会議等で行なっています。</p> <p>■今回の第三者評価評価受審結果は、管理者会議や事業所別会議等で検討し、運営会議で課題等をまとめ、ホームページや花の会総会での報告、広報誌に記載する等して周知する予定と確認しています。</p>

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図っている。
	(コメント)	<p>■施設長は、事業所の経営や管理に関する方針や取り組みが記載されている事業計画を全職員に配布し説明していますが、自らの役割や責任を明確にした文書がなく職員への周知が不十分です。今後、業務分担表等々を作成し、その中に職務や職責内容を明示するほか、方針会議や全体職員会議、研修等を通して職員に説明し理解を得ることが望まれます。</p> <p>■災害と防犯時の役割や責任を方針会議や事業所別会議等で明確にできていますが、施設長不在時の権限移譲等の体制ができていません。今後、平常時や有事における権限移譲を業務分担表等に明文化することが望まれます。また、災害時における事業継続計画（BCP）の作成が望まれます。</p>

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。	b
(コメント)	<p>■施設長は、大阪府・市町村社会福祉法人・施設等指導監査合同説明会に参加し、感染症対応や人権擁護、労働関係等の法令について学んでいます。また、高槻保健所等の食品衛生法やHACCP(ハサップ)、食品衛生責任者養成講習会等に参加しています。合同説明会や講習会等で学んできた内容は、事業所別会議や全体職員会議、衛生会議等で職員に説明しています。</p> <p>■事業所が関係する法令は、障害者総合支援法や虐待防止法、個人情報保護法等に限らず消費者契約法や消防法、生活保護法、リサイクル等と多方面にわたります。今後、対応すべき法令の対象範囲や内容の確認等を行い関係法令の把握と、職員への周知が望まれます。</p>		
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。	a
(コメント)	<p>■チェックシートでの業務振り返りを実施後に法人事業運営会議や管理者会議等で評価・分析を実施しています。評価結果後、職員と面談し意見を聞いたり、指導・助言を行なっています。</p> <p>■施設長は、運営会議や管理者会議、事業所別会議等に参加し直面する課題の改善に向けて取り組んでいます。また、研修担当者を配置し外部の専門家と連携して、研修計画の立案や研修を実施しています。</p>		
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。	a
(コメント)	<p>■施設長は、運営会議や管理者会議、事業所別会議等において経営や業務の改善に向けた協議を行ない、職員に同様の意識形成を図るため、毎月の事業所別会議や全体職員会議、また、面談を通して周知しています。</p> <p>■施設長は、基本方針や事業計画の実現に向けて、各職員会議や職員面談等を通して各職員が抱えている課題を拾いあげています。その結果、職員を増員し活動内容や状況が分かりやすい体制を整えるとともに、有給や時短が取りやすく働きやすい職場環境を目指しています。</p>		

			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。	b
(コメント)	<p>■事業所に必要な人材は、ハローワークやホームページ、大阪府社会福祉協議会主催の就職フェア等と活用し確保していますが、必要な人材や人員配置等に関する基本的な考え方について、事業計画等での明記がありません。今後、事業計画等にそれらを明記することが望まれます。</p> <p>■人材を確保し新採用者や中途入職者研修、施設内外の研修を通して人材育成が行なわれていますが、サービス提供に関わる社会福祉士や介護福祉士等の有資格者の具体的な採用計画がありません。今後、事業計画等に専門職の採用や人員配置等の明記が望まれます。</p>		

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)	<p>■法人の理念や基本方針に「期待する職員像」を明確にして、入職時研修や各職員会議、職員面談時等に周知しています。</p> <p>■人事基準の中に職員の採用、異動や昇進・昇格等が定められ昇格テストも実施しています。また、人事考課の自己評価の際、職員に周知するとともに、項目に則り人事考課を実施し、考課会議において評価を協議し決定しています。</p> <p>■人事基準が定められており、人事考課を実施し、職員の業務水準や支援内容等を評価されていますが、その項目や内容が十分とは言えません。今後、人事考課表等の充実と真に将来を描くことができるキャリアパスを作成していくことが望まれます。</p>		
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。	b
(コメント)	<p>■労務管理の責任者が毎月の勤務内容や有給等の勤務状況を一覧表にして把握し、施設長への報告と事業所別会議や全体職員会議等で全職員に説明しています。</p> <p>■職員の心身の健康と安全のため年1回の健康診断やストレスチェックを実施するとともに、検診等の結果によっては、産業医と面談し指導・助言を得ています。また、職員が望めば産業医に相談することもできますが、今後、産業医の相談日時等を事前に伝達や掲示することが望まれます。</p> <p>■職員の余暇活動をサポートするために「大阪民間共済社会福祉事業従事者共済会」への入会や親睦会を実施しています。また、働きやすくするために公平な業務分担や勤務体制の変更、有給取得や時短等に取り組んでいます。</p> <p>■事業計画等に職員の就業状況や人材・人事配置等に関する改善策が明記されていません。今後、計画等に明記したうえ実行することが望まれます。</p>		
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。	a
(コメント)	<p>■理念や基本方針に「期待する職員像」が明示されています。また、目標管理表では、職員一人ひとりの職務内容等を明確にし、目標が設定されています。</p> <p>■施設長は、職員の目標管理のため全職員に年3回面談を行ない、目標の設定や進捗状況・達成度の確認をして、その記録を残しています。</p>		
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)	<p>■「期待する職員像」を理念や基本方針の中で明確にして、事業計画には、サービス提供に必要なサービス管理責任者の資格を明記されていますが、そこに社会福祉士や介護福祉士その他専門資格職種が明示されていません。今後、事業計画等に社会福祉士等の専門資格を明記することが望まれます。</p> <p>■研修担当者(1名)と管理者で職員の教育や研修内容等を検討し計画・実施しています。職員は、入職者研修、毎月の法人や事業所の研修、大阪府社会福祉協議会等の外部研修に参加しています。また、研修の評価や見直しも定期的に行なわれていますが、現在1名の研修担当者を複数化し、研修委員会などの体制を整え、教育・研修の計画・実施と、評価・見直しなどに当たることが望まれます。</p>		
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。	a
(コメント)	<p>■施設長が職員の専門資格一覧表を作成し、業務に必要な資格や研修に関する情報を提供しています。</p> <p>■入職者研修や法人・事業所の研修等を実施するとともに、先輩職員が個別的にOJTを実施・指導しています。また、階層別やテーマ別の研修は、法人内や事業所内のほか、大阪府社会福祉協議会等の外部研修にも参加しています。</p> <p>■研修案内は、事業所内の回覧や各職員会議で発信し参加を推奨しています。</p>		

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。	b
	(コメント) <ul style="list-style-type: none"> ■事業計画に実習生等の受入れについての明記はありますが、福祉専門職の研修・育成に関する基本姿勢の明示や、実習生受入れマニュアルやプログラムはありません。今後、計画等での基本姿勢の明記や、マニュアル、プログラムの作成整備が望まれます。 ■実習校の担当教員との間で、実習の事前打合せや振り返りのほか、随時電話やメール等での連携を図っています。しかし、実習指導者に対する研修ができていないので、定期的に実習指導者等講習会を受講することが望まれます。 	

	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。		
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) <ul style="list-style-type: none"> ■ホームページに理念や基本方針、事業内容、活動状況、事業報告、決算報告等を公表しています。また、広報誌にも理念や基本方針、事業内容、活動状況のほか、法人や事業所の存在意義や役割等を明記しています。 ■パンフレットや広報誌は、法人の関係者や市役所、市社協、関係施設、各相談支援事業所等に配布しています。また、各事業所の店舗に置いて、来店者が持ち帰れるようにしています。今後、自治会や商店街にも配布することが期待されます。 ■苦情受付体制は各事業所内に掲示し、第三者委員は3名置かれています。近年、苦情がなく公表されていませんが、あれば広報誌や花の会総会等で公表することです。職員間では「苦情」と家族等からの「意見・要望」との区別が曖昧なようです。意見や要望を苦情と同レベルで受け取る意識は大切ですが、組織としての一定の区分けも必要です。今後、苦情解決制度についての勉強会や研修が行なわれることを期待します。なお、第三者評価結果のホームページや利用者・家族等への公表は確認しました。 	
22	II-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営ための取組みが行われている。	b
	(コメント) <ul style="list-style-type: none"> ■事務や経理等のルールを定めた法人の経理規程に則り業務を行なわれています。職員には、新採用者研修や各会議等でその概要を周知しています。 ■事務や経理、取引等については、公認会計士に相談し助言を得て必要な改善に努めています。また、毎月初めに、法人本部に書類・資料を提示しチェックを受けています。今後、内部監査や牽制の仕組み、また、監査法人・公認会計士等による外部監査体制の整備が求められます。 	

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)	<p>■基本方針や事業計画に地域交流に関する基本姿勢が明示されています。行政や市社協、地域の行事案内など身近な情報が届けば、利用者に説明したり、店舗の掲示板に掲示したりして利用者のほか来店者や往来する人々も情報を得ることができています。</p> <p>■法人の夏祭りやバザー、地域の夜店やガレージセールにリサイクル品や飲食物の店を出し、そこに職員や利用者・家族が参加して定期的な交流が図られています。</p> <p>■土曜日のプログラムとして、レクリエーションのほか、買い物や散歩などの活動が生まれ、地域資源の活用も行なっています。</p>	
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)	<p>■事業計画にボランティアを受入れる文言があり、ボランティアセンター等を通じてボランティアを受入れています。計画にボランティア受入れの基本姿勢の明記や受入れマニュアル等がありません。今後、事業計画等にボランティアについての基本的な考え方を明記し、受け入れマニュアルの作成、登録簿等の準備が望まれます。</p> <p>■事業計画に学校協力の文言があって、体験学習や施設見学の受入れ、学校で活動紹介等の講演が行なわれていますが、事業計画等にはその基本姿勢に関する明記がありません。今後、計画に基本の考え方を明記するとともに、ホームページや広報誌等で学校協力を行う発信が望まれます。</p>	

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。	b
	(コメント)	<p>■高槻市の事業所連絡会や民間社会福祉施設連絡会に参画し、定期的に市内の他法人や事業所と情報交換を行ない連携を図っています。連絡会では、就職フェアや研修を行なうほか、市の福祉センターにショーケースを設置して物品や作品の陳列をしています。</p> <p>■利用者の状況に対応できる社会資源のリストや資料がなく職員間で共有できていません。今後、福祉事務所や社会福祉協議会、保健所、病院、ボランティア団体、相談支援事業所等の必要な社会資源を一覧表にして利用者への配布や掲示することが望まれます。また、事業所別会議や全体職員会議等で職員に周知することが望まれます。</p>	

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)	<p>■花の会主催で外部講師を招き、講演会(障がい者理解など)を行なっています。</p> <p>■花の会本部は、高槻市から「第2次福祉避難所」の指定を受けています。</p> <p>■法人内の相談支援センターや就労支援センターの事業で把握されたさまざまな地域ニーズをヒントに、事業所の持つ機能を、さらに地域に還元できるものがないか話し合ってみてください。</p>	

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。	a
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■定期的に高槻市の事業所連絡会や民間社会福祉施設連絡会に参画し、市内の他法人や他事業所とともに、ハサードマップ作りや福祉展の開催、ガレージセールなどさまざまな活動を行なっています、今後、地元の民生委員・児童委員等との連携が期待されます。 ■『スイトピー』では、空き部屋を使って「こども食堂」を開いています(今はコロナ禍で休止中)。 	

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。	a
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■事業所内では『業務振り返りチェックシート』を通して「利用者を尊重した福祉サービス」についての共通理解が保たれているかを定期的に確認する体制が整っています。『業務振り返りチェックシート』での点検は2～3か月ごとに全職員が行ない、その都度、施設長が評価を行なって必要な対応を講じるようになっています。 ■法人においても人権研修や虐待防止委員会を定期的に関き、利用者を尊重する姿勢の確認をするとともに、基本的人権への配慮について評価しています。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■個人情報保護指針や個人情報保護規定を整備し、職員等へ周知していますが、プライバシー保護についてのマニュアルは現在、作成中とのことです。 ■権利擁護については、虐待防止サービス委員会や「利用者支援マニュアル」等が整備され、それに基づいてサービスが実施されています。 ■今後は、不適切な事案が発生した場合、事業所として迅速に対応するための方法や手順を明確にしておくとともに、利用者や家族に対して、プライバシー保護と権利擁護に関する施設としての取組みについて周知していくことが望まれます。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■法人内には相談支援事業所も併設していることから、利用希望者に対しては、積極的に必要な情報を提供するとともに、利用者の思いや希望を丁寧に傾聴する取組みがなされています。 ■見学、体験利用にも対応しており、事業所の雰囲気や作業内容を丁寧に説明しています。今後、説明に用いるパンフレット等について“分かりやすさ”を念頭に工夫を重ね、適宜見直しが行なわれることを期待します。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■福祉サービス開始・変更時のサービス内容に関する説明と同意にあたっては、利用者の自己決定尊重を根本においています。 ■サービス開始・変更時には、利用者がわかりやすいように工夫した資料（ルビを振ったり大切な箇所に印をつけるなど）を用いて丁寧に説明していますが、できれば別に、利用者向けの「しおり」の作成も検討してください。 ■今後は、意思決定が困難な利用者への配慮についてのルール化が求められます。 	

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。 (コメント) ■事業所の変更や家庭への移行についての支援は、継続性に配慮した対応を行っています。施設等への引継ぎにおいては、相談支援専門員や移行先の担当者を含めた会議を持って丁寧に説明をするとともに、フェイスシートやアセスメントシート、ケース記録などによって、適切な支援に必要な情報提供をしています。 ■今後、特に法人外の事業所への以降の場合には、これまでの取り組みがよりよく受け継がれ、これから先も本人のニーズに向き合えるサービス提供ができるよう、必要な情報が欠落することのないよう、引継ぎ手順の標準化と引き継ぎ書の様式化が求められます。また、サービス終了時、その後の相談方法や担当者について、利用者や家族に対し口頭での説明だけでなく、内容を文書にして手交することが求められます。	b
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	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。 (コメント) ■法人全体で実施する「施設満足度調査」をはじめ、嗜好アンケートやランチ会議などにおいて、利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備して取り組んでいます。ランチ会議には、利用者の代表が出席し、施設長、栄養士等と忌憚のない意見交換を行ない、食事の献立に反映するなどの具体的な取組みがなされています。 ■「施設満足度調査」の結果は、家族会総会時に周知されています。	a
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。 (コメント) ■第三者委員の配置を含めた苦情解決の体制が確立し「苦情解決マニュアル」を定めていますが、それに基づいた具体的な運用が不十分な状況です。 ■今後は、利用者や家族等から寄せられた声を、『苦情』と『要望・意見等』に組織として便宜上区分する基準を定めて、各々、受付と解決を図った記録を適切に保管するとともに、『苦情』とするものについては、掲示板や広報誌等にて公表していくことが求められます。	b
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。 (コメント) ■第三者委員との面談や「みんなの会」の定期的な開催により、利用者が相談や意見を述べる環境を整備しています。 ■今後は、利用者の生活における多様な相談先を書面で明示していくことなどによって、より意見を述べやすい環境を整えていくことが望まれます。また、ハード面でも、プライバシーに配慮した相談しやすい環境を整備していくことが必要です。	b
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。 (コメント) ■日々、利用者の様子をよく観察して、ふだんと違ったり悩みがある様子が見受けられるような時は、施設長や支援員から声を掛けるよう配慮し、思いや悩みを傾聴するよう心がけています。また、定期的な利用者アンケートの実施や連絡帳の活用など、相談等が生じたときには迅速に対応しています。 ■今後は、利用者からの相談や意見に対して誰もが同じ対応を取れるよう、相談や意見を受ける際の対応の仕方、記録方法や報告の手順などを定めて文書化し、職員に周知することが望まれます ■「苦情または意見希望等連絡票」は、やや形式的に過ぎるために実際的な活用を妨げているやに思えます。うまく用いられれば、サービスの向上に結びつく有益なツールと考えられます。ぜひとも様式の再検討を望みます。	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。		
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。 c
	(コメント)	<p>■リスクマネジメントに関する検討の場は法人での虐待防止委員会で行なわれています。事業所内でヒヤリハットの収集を行なっていますが積極的とは言えません。</p> <p>■今後は、ヒヤリハット収集の目的や活用の意義などを職員に十分伝え“危険への気づき”を促し、職員間の情報共有をはじめ、要因分析の実施や改善策・再発防止策を検討して具体的に講じることができる仕組みを築いていくことが強く望まれます。</p>
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。 b
	(コメント)	<p>■「感染症予防対策マニュアル」が作成され、感染症の予防や発生時における支援体制が整備されています。マニュアルには定期的な見直しについての定めが必要です。</p> <p>■手洗いの方法や嘔吐物処理の体験的研修等を行なうなどして、感染症予防の意識啓発に力を入れています。また、栄養士は定期的に保健所の衛生研修に参加し、事業所内への伝達研修を行なっています。</p> <p>■現在、法人・事業所においてコロナ対策を実践していることが伺えましたが、事業所内で、より利用者への徹底が図れるよう、視覚的に理解を促すようなポスター等を掲示していくことが望まれます。。</p>
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。 b
	(コメント)	<p>■「緊急時対応マニュアル」や「安全対策マニュアル」において災害時等における利用者の安全確保のための取組を明文化するとともに、非常時に備えた避難訓練を実施しています。今後、訓練を通して利用者の防災意識のさらなる向上が図られることを期待します。</p> <p>■現在、地域のハザードマップに基づく「緊急避難ハザードマップ」を作成している段階です。今後、事業所独自のハザードマップにとどまらず、法人・事業所における災害時の事業継続計画(BCP)の作成が望まれます。</p>

		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)	<p>■「業務マニュアル」を軸にして、日中活動や食事、排泄、着脱などの標準的な実施方法が文章化されていますが、リサイクル品の扱い方や食事の準備片づけなど、マニュアルと実際の取組みに差異が生じている項目がいくらか見受けられます。</p> <p>■今後、業務マニュアルに基づいて実施されているかどうかを確認する仕組みが求められます。</p>
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)	<p>■「業務マニュアル」の見直しは年度ごとに実施しています。見直しは、日々の業務の振り返りの中から、まず施設長が行なったうえ、職員や利用者の意見や提案を反映させています。</p> <p>■今後、「業務マニュアル」の内容の検証や見直しのあり方や手順、時期等について、明瞭に定めて明示しておくことが必要です。</p>

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。 a

(コメント)

■幅広い観点からアセスメントを行ない、個別支援計画に反映できるようにしています。個別支援計画はケース担当を中心に各事業所の支援者が協働して作り上げています。利用者や家族にとって身近な内容となっており、利用者一人ひとりの状況に応じた適切な目標設定になっています。
■計画どおりにサービスが行なわれているかどうかについては、定期的な確認の仕組みが確立しています。
■支援困難なケースにあっても、本人を含めての話し合いの上、計画が作成されています。

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。 b

(コメント)

■支援計画の定期的な評価見直し(モニタリング)については、半年に一度、担当職員やサービス管理責任者が利用者や家族に聞き取りを行なった後、ケース会議や班別会議、支援ワーカー打ち合わせ会議等で検討し、必要な見直しがなされています。
■今後は、緊急的な計画の見直しや見直し後の計画の周知など、評価・見直しの作業手順を明確にしていくことが望まれます。

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)

■ケース記録等でサービス実施状況の把握はでき、施設長を中心に書き方の指導を個別に行なうなど、記録内容や書き方に差異がないよう工夫しています。
■今後は、個別支援計画に基づいた記録を適切に行なうため「支援記録マニュアル(記録要領)」を作成し、誰もが適切な記録を行ない、職員間で正しい情報の共有化を可能にしていくことが求められます。

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。 b

(コメント)

■「文書管理規定」において記録の管理に関する基本的なことから定められおり、利用者に関する記録の管理はケースファイルやPCで行なっています。しかし、施設としての管理体制は不十分で、保管や廃棄、情報提供等に関する規定は不明瞭です。
■今一度「文書管理規定」の見直しが望まれます。個人情報の不適正な利用や漏えいに対する対策と対応方法についても、さらなる検討が必要です。

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。	a
	(コメント) <ul style="list-style-type: none"> ■個別支援計画に基づき、日中活動や作業メニュー等は利用者自身が選択できるよう多様化を図っています。朝の会や終わりの会、食事の準備など、あらゆる場面において利用者の主体性を尊重する取組が行なわれています。 ■利用者一人ひとりへの合理的配慮は、個別支援を通じて具体化されており、それぞれの体力や能力に合わせた支援を行なっています。また、朝の会での「昨日の出来事の発表」など、利用者に求めることは職員にも同様に求め、両者が対等の関係であるという意識づけを日常的に行なって、利用者の自己決定を側面的にサポートしています。 	
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。	b
	(コメント) <ul style="list-style-type: none"> ■法人において虐待防止委員会を設置し、権利侵害の防止に取り組んでいます。 ■「業務振り返りチェックシート」を活用し、日々の支援の振り返りを行なうとともに、職員間で何でも言い合える状況をつくることで、権利侵害の防止と早期発見に努めています。 ■今後、権利侵害の防止に関する施設の取組を利用者や家族に周知していくとともに、万一不適切な事案が生じた際の再発防止策の検討方法や、その後の実践に反映させていく仕組みの明確化等により、取組の徹底を図っていくことが肝心です。 	
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) <ul style="list-style-type: none"> ■利用者尊重の取組としては、本人のペースを大切にしたい見守り中心の支援を基本としています。 ■個別支援計画に基づき、できないことや苦手なことを少しずつ克服する動機づけを行ない、みずから活動時間中のスケジュール管理などができるようになるよう個別支援を行なっています。 	
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) <ul style="list-style-type: none"> ■意思表示や伝達が困難な利用者の思いや希望を理解するために、閉じられた質問や2～3の選択肢を用意した問いかけを心がけ、また、ジェスチャーを用いるなどして意思交換の幅を広げています。また、必要に応じて、GHの世話人や家族等と連携し、その人固有のコミュニケーション手段(手話など)が確保できるよう配慮しています。 	
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。	a
	(コメント) <ul style="list-style-type: none"> ■利用者が職員に話をしたいときには、十分な時間をとって傾聴しています。 ■利用者からの相談については、施設長や支援員がその都度、丁寧に対応し、必要な情報を提供するとともにサービスの利用調整が必要な時は適宜行なっています。 ■利用者の意思を尊重する支援が一貫して行なえるよう、家族や世話人、ヘルパーと連携を密にしています。 	

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)	<p>■個別支援計画に基づき、利用者の希望やニーズにより選択できるよう活動メニューの多様化を図っています。その日の体調や気分に合わせて活動が選択できることは利用者のモチベーション維持に繋がっています。</p> <p>■現在、コロナ禍の最中ですが、レクリエーション活動も工夫して行っており、班ごとに制作活動やDVD鑑賞会を企画するなど、利用者とともに計画を立て実施しています。</p>	
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。	b
(コメント)	<p>■利用者への適切な対応・支援に向け、職員の気づきの共有や内部研修、事例検討会を実施するなど、それぞれの障がい特性をよりの確に理解するための真摯な取組みに努めています。</p> <p>■今後、職員誰もが利用者の個別性を意識しながらも、基本部分では一致した姿勢での対応ができるよう、標準化された支援方法の周知徹底が望まれます。</p>	
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)	<p>■日々の作業の中、はさみの使い方の練習を行なうなど、意図的な生活訓練を行なっています。生活動作や行動のなかで利用者がより主体的な営みができるよう、家族や他の支援者にも事業所での日頃の取組みのあり方を伝え、一貫した対応となるよう工夫努力しています。</p> <p>■利用者の高齢化が進んでいるため、今後、作業療法士等の専門職の助言・指導を受けられる体制の構築が求められます。</p>	
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。	b
(コメント)	<p>■一人ひとりの利用者ができるだけ心地よく過ごせるよう、最低限の動線を確認して活動を支えるなど、限られたスペースの中で可能な限りの生活環境を整えています。</p> <p>■リサイクルショップや受注手作業中心のため、事業所によっては、段ボールや衣装ケースが所狭しと置かれた状況にあります。今後、快適性と安全に配慮した生活環境の見直しが必要です。</p>	
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。	
(コメント)	非該当	
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。	a
(コメント)	<p>■利用者に対しては定期的に健康診断を行ない、結果により必要に応じて、医師や看護師の指示・指導を受けられる体制を確保しています。</p> <p>■利用者の状況に合わせ、必要な支援を個別支援計画に位置づけ、健康の維持・増進に努めています。</p>	
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)	<p>■服薬管理が必要な利用者が在籍していますが、医療的な支援への考え方（方針）の明示までは至っていません。</p> <p>■服薬管理については、管理の仕方や誤与薬があった際の手順は決められていますが、重複服薬や飲み忘れ等への対応手順は決まっていません。</p> <p>■今後は、服薬管理が適切かつ確実にこなせるよう、整った形での「服薬マニュアル」の作成が望まれます。</p>	

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)	<ul style="list-style-type: none"> ■社会参加を促し、必要に応じて居宅介護や移動支援を活用し、利用者一人ひとりのペースに合わせた支援を行なっています。 ■生活介護のプログラムとして、余暇活動や社会参加を位置づけ、一人ひとりの力に合わせた買い物や交通機関利用の練習など、学習意欲を高める支援と工夫を行なっています。 ■コロナ禍以前は、サークル活動として手話の練習が行なわれており、年に1回、発表会も実施していました。再開のあり方が検討されています。
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■自宅からGHへの移行など利用者から希望が出た時には、その思いを尊重し、安心して移行できるよう家族や関係機関との調整に努力されています。 ■GHの体験の機会、短期入所の利用の助言など、移行後の地域生活のイメージが持てるよう、意欲を高める支援を行なうとともに、不安な様子が見られるときにはともに考え、寄り添う支援に努めています。
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者家族の連携・交流を大切にしており、連絡帳での情報共有をはじめ、積極的に電話連絡をするなど、生活状況や支援方法について意見・情報の交換をしています。 ■家族等からの相談もその都度、迅速に対応しており、信頼関係の構築に努めています。
		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。 a
	(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。	—
	(コメント) 生活介護事業所ではありませんが、利用者の働く意識を向上させるとともにモチベーション維持のために日々、利用者の可能性を尊重した支援を行なっています。	
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。	—
	(コメント) リサイクルショップや弁当店を運営しており、利用者の能力に応じた仕事内容を提供できるよう取組んでいます。 作業報酬も月3万円を目標とし、利用者本人が自立できるよう法人として努力をしています。	
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。	
	(コメント) 非該当	

利用者への聞き取り等の結果

調査の概要

調査対象者	
調査対象者数	人
調査方法	

利用者への聞き取り等の結果（概要）

--

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