

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	ポノ泉佐野	
運営法人名称	株式会社Pono Link	
福祉サービスの種別	就労継続支援A型	
代表者氏名	代表取締役 仲程 祐輔	
定員（利用人数）	20 名	
事業所所在地	〒 598-0007 大阪府泉佐野市上町三丁目10番12号 泉佐野近畿ビル3階303号室	
電話番号	072 - 468 - 7853	
FAX番号	072 - 468 - 7863	
ホームページアドレス	http://ponolinkpc.wixsite.com/my-site	
電子メールアドレス	pono.izumisano@gmail.com	
事業開始年月日	令和2年5月1日	
職員・従業員数※	正規 5 名	非正規 5 名
専門職員※	介護福祉士兼介護支援専門員兼社会福祉主事任用資格 1名 介護福祉士 1名	
施設・設備の概要※	[居室] 事務室兼相談室・訓練作業室	
	[設備等]	

※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	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】

【理念】

- ・常に相手のことを考え、自分本位にならない。
- ・常に周りの方々への感謝を忘れず行動する。
- ・常に明るく、常に楽しく、常に元気よく。
- ・常に前進し勉強し妥協しない。
- ・我々はシンクファクトリーでありシンクタンクである。

【基本方針】

利用者が自立した日常生活又は社会生活を営む事が出来るよう、当該利用者を雇用して就労の機会を提供すると共に、その知識及び便宜を適切かつ効果的に行うものとする。

【施設・事業所の特徴的な取組】

- ① 利用者様の個々の障がいに応じた作業に配慮しています。
- ② 利用者様の年齢層も幅広く、アットホームです。
- ③ 利用者様がどうしてもできない作業が可能となるか、利用者様と一緒に考え、工夫しています。

【評価機関情報】

第三者評価機関名	一般社団法人障がい・介護福祉事業支援協会
大阪府認証番号	270050
評価実施期間	令和4年1月18日～令和4年1月25日
評価決定年月日	令和4年2月10日
評価調査者（役割）	1801B001（専門職委員） 1801B037（運営管理委員） （ ） （ ） （ ）

【総評】

◆評価機関総合コメント

もとは、別法人が運営する就労支援A型事業所でしたが、現在の運営法人が事業所や利用者をそのまま引き継ぐ形で令和2年5月から開設された事業所です。
泉佐野駅前に立地し、利用者の通所（通勤）に非常に便利な事業所です。
作業内容は、デザイン性の高いバッグ作成をはじめ、その型紙作り、雑貨の包装作業や料理材料の計り詰め作業など、利用者の障がいの特性や程度にあわせて種類や難度などが多様に用意されています。
事業所運営の課題として「生産活動収益の向上」、福祉サービスの課題として「虐待防止、人権擁護」に取組み、経営と福祉の両立を図っています。
利用者は老若男女幅広く通所しています。また、元利用者を職業指導員として雇用した実績があり、福祉事業所として地域に貢献しています。

◆特に評価の高い点

① 2か所の事業所の管理者が協力し、福祉サービスの質の向上に取り組んでいます。
泉佐野の事業所と泉南の事業所とにそれぞれ配置されている管理者が、互いの事業所を訪問しあって、職員へのヒアリングや訓練作業のチェックを行うなど、協力体制のもと、職員の就業状況の改善や運営の改善に取り組んでいます。
② 総合的な人事管理ができています。
行動基準にまで落とし込まれた評価シートを用いて人事考課を行っており、職員が自己評価をしてから、上司とのすり合わせ面談を行っています。そのため「期待する職員像」が明確で、職員にも十分に周知されています。

◆改善を求められる点

① 中長期的な計画が明確ではありません。
経営課題や今後の具体的な事業展開は存在していますが文書化されていません。数値目標や成果目標も定められていません。具体的な内容の中長期の事業計画、収支計画を文書化し、評価や見直しを行い、単年度計画に落とし込みを行うことが求められます。
② 職員一人ひとりの育成のため、目標設定や目標管理が十分ではありません。
総合的な人事管理や、人事考課制度は整備されていますが、職員一人ひとりの目標を設定したり、目標達成のための研修計画を個々に立案するなど、一人ひとりの職員の質の向上に向けた体制を確立することが求められます。

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

初めて第三者評価を受審させていただきました。丁寧なご対応、ご指導をいただき誠に有難うございました。様々な質問事項の中で当事業所に足りていない所や疑問点が明確になり大変に勉強になりました。事業に関わる内容は勿論ですが、職員各々に対しての事業所としての関りや教育の大切さを再度見つめなおす機会となりました。利用者様、職員も満足度の高い事業所となるように、コミュニケーションを大切にし共に歩む事業所を目指していきます。

◆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。		
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)	理念は事務所のわかりやすい場所に掲示し、パンフレットにも記載しており、職員、利用者ともに周知はできています。 基本方針、理念ともに事業計画に明文化しています。 理念はサービス実施の心構えを法人全体で定めたものですが、基本方針は理念とは結びついていないように見受けられますので、今後見直すことを検討しています。	

		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。		
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)	集団指導へ参加し、社会福祉事業全体の動向や、地域の福祉計画の把握が行えています。利用者数、利用者の出勤率、コストの把握はできていますが、明文化には至っていません。 年間の収支計画があり、事業所としての収支は確認できています。	
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。	a
(コメント)	経営課題は、上記の収支把握に基づき、生産活動の生産性をあげることであり、法人の役員間での共有ができています。 職員、利用者にも経営課題の周知ができています。 各生産活動ごとに担当者がいて生産性向上に取り組んでいます。 生産活動については、各担当者を中心に課題把握、分析を週1回のミーティングで行うようにしています。 通常事業については月1回、把握分析を行っています。	

		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。		
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。	c
(コメント)	年間の生産活動収入の予算や収支予算の策定はされていますが、中長期の事業計画、収支計画ともに具体的に数値として策定できておらず、文書化されたものもありません。 文書化されていないものの、将来的な事業展開については定められています。	

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)	中長期計画は明確に文書化されていませんが、中長期での事業展開の方向は決まっております。中長期の収支計画は策定はされていませんが、利用者の増減や財務状況を把握・整理したうえでの単年度の収支計画はあります。	
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
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)	部門管理者が事業計画を策定し、実施状況の把握を行っています。事業展開の方向性については職員に周知していますが、事業計画そのものの策定に職員が参画しておらず、周知はしていません。事業計画の評価や見直しについては時期や手順は定められていません。	
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。	c
(コメント)	事業展開の方向性について、利用者に口頭での説明をしていますが、具体的内容がまだ決定していないことにより文書での周知はしていません。	

		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。		
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)	福祉サービスの質の向上に向けた組織的な評価体制はできていないものの、定期的な研修やミーティングによって具体的内容の話し合いの機会が持たれています。利用に対するアンケートは年1回行われ、事業所の管理者が担当し、結果を職員間で共有し、改善点を検討して福祉サービスの向上に取り組んでいます。イレギュラーにサービスに関する検討事項が出てきた場合には、その都度夕礼等で早急に解決するようにしています。	
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。	a
(コメント)	組織として取り組むべき課題として、虐待事案への対策を位置付けて職員間でも共有ができています。報告連絡相談体制の構築もできており、研修計画に基づき研修を行って職員全員の意識と知識の向上に取り組んでいます。	

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。		
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促している。	a
(コメント)	部門管理者と事業所の管理者を兼務しており、管理者としての役割や責務は重要事項説明書などにおいて明確化し、職員や利用者へ周知しています。事業所内に組織図の提示があり、組織として管理者への報告・連絡・相談は徹底して行われています。有事の権限委任は、災害マニュアルに明示されており、周知されています。	

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)	管理者は利害関係者とは契約に基づいた関係性を保ち、適切な関係性を保っています。 環境配慮等守るべき法令遵守について取組み、とくに、労働基準法については職員のみならず利用者にも周知を促しています。 障がい福祉に関する、虐待防止や人権擁護についての周知も研修を通じて行っています。	
II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
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)	管理者は常にサービスの質の向上を意識し、日々の業務の中での気づきに対し改善を行っています。 サービスの質の向上について、組織内で体制を構築しています。 ミーティングや、パート職員に対する面談での聞き取りを通じて課題を把握し、年間約10回の教育・研修の機会を設け、サービスの質の向上に取り組んでいます。 もう1つの事業所である「ポノ和泉砂川」の管理者と共同で、2名の管理者体制を活かし、互いに現場での聞き取りを行って情報収集にも努めています。	
II-1-(2)-②	経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	a
(コメント)	管理者は、法人の部門管理者としても、事業所管理者としても労務、財務を把握・分析し、サービスの質の向上に自らも積極的に参画し、法人としての体制を構築しています。 人員配置にも取組み、職員が働きやすい環境整備に努めています。 具体的には、保健師による健康相談の実施や有給取得、残業軽減化を行っています。	

		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。		
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)	事業所として基準人員の確保を行い、今後、能力の向上や育成に取り組んでいこうとしています。 福祉人材確保の方法として、福祉サービス経験者の雇用を行っています。 入社時には新人研修において理念や基本方針を必ず伝えています。 人材の確保・定着のために、研修の年間計画を作成して実践し、その一環として介護福祉士資格の取得促進を行っています。 今後の事業展開に応じた採用計画は策定され、人材の確保に取り組んでいます。	
II-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	a
(コメント)	期待する職員像は、人事評価シートにおける行動基準に明記されており、職員が自己評価をすることにより周知ができています。 職員の自己評価をもとに、上司（管理者）の評価も行い、昇給や賞与に反映し、個別面談を定期的に行っています。 専門的な人材の確保のため、キャリアパスが明確であり、処遇改善加算Ⅰを取得しています。	

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。

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)	<p>職員の就業状況などの労務管理は、部門管理者により行われています。ワークライフバランスのために、残業削減に組み、有給休暇の取得促進を行っています。</p> <p>職員の健康管理については、とくにコロナ感染症対策を周知しています。働きやすい職場づくりのために、職員からの聞き取りを行うようにしています。直属上司の面談や、直属上司ではなく同法人の別事業所の管理者や運営法人の役員との直接のコミュニケーションの機会を作るなど、職員から現場の情報を得る機会が設けられており、職員からの要望によりトイレの改善を行った実績もあります。</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。

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。	c
(コメント)	<p>職員個々の育成に向けた目標設定はされておらず、目標管理も行われていません。</p> <p>組織としての目標や、「期待する職員像」に基づく職員一人ひとりの目標設定・目標管理の実施が望まれます。</p>	
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。	a
(コメント)	<p>職員への研修計画は年単位で策定されています。</p> <p>事業計画や人事評価の中で「期待する職員像」が明示されています。</p> <p>年間の研修計画をもとに、職員に対する研修が実施されています。</p> <p>定期ではなく必要と考えれば研修の追加を行うなど、計画の見直しが行われています。</p>	
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。	c
(コメント)	<p>個別の年間研修計画はなく、全体の年間研修計画になっており、新任研修や現認研修、といった、職位別での研修が行われています。</p> <p>外部研修の機会があれば積極的に参加を促し、その後の研修にて必要な情報を周知できる仕組み作りを行っています。</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。

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。	—
(コメント)	<p>実習生受け入れを行っておらず評価対象外</p>	

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。

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。	b
(コメント)	<p>法人のHPにて理念の公表をしています。事業所HPにはスコアを公表していません。</p> <p>地域に対する情報公開は行っていません。</p> <p>法人・事業所ともに、財務状況や苦情相談体制に関する公表を行っていません。</p>	

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。	a
(コメント)	<p>事務、経理等のルールは運営法人のもとで確立しており、運営法人の事務部門との連携、チェック体制が図られています。</p> <p>部門管理者は、職員からの報告をもとにして、事務・経理について一元的に管理し、運営法人に経理処理や委託業者売上報告等を定期的に運営法人に報告し、ルールに基づいたチェックを受けています。</p> <p>内部監査はしていませんが、社会保険労務士や税理士に相談し、助言を受けることができる体制があります。</p>	

	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。		
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。	b
(コメント)	<p>地域との関わり方について基本的な考え方を文書化していませんが、地域情報の収集は計画相談・他事業所の情報一覧があり、利用者に周知されています。</p> <p>地域行事への参加は、コロナの影響もある中、支援学校から定期的な見学を受け入れています。</p>	
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。	a
(コメント)	<p>ボランティア受入実績がありませんがマニュアルは策定しています。</p> <p>事前説明資料、申し込み手続き方法も明文化し、積極的に受入れを行う姿勢があります。学校からの受け入れや学校に出向いてのボランティア実績はありません。</p>	
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
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)	<p>より良い福祉サービスを提供するため、利用者が必要とする連携関係機関の資料・ファイルがあり、必要に応じて相談を行っています。</p> <p>障がい者就業・生活支援センターに年数回参加しており、基幹包括相談支援センター泉佐野で利用者に関する相談を行い、連携しています。</p> <p>地域の企業との連携により付加価値の高い商品の開発に取り組んでいます。</p>	
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
II-4-(3)-①	地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	b
(コメント)	<p>障がい者就業・生活支援センターの研修等は積極的に参加し情報の収集に努めています。</p> <p>基幹相談支援等との話の中で、地域での福祉ニーズ把握を行っています。</p> <p>地域での就業支援A型のニーズが高いことを認識しています。</p>	
II-4-(3)-②	地域の福祉ニーズ等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)	<p>社会福祉事業にとどまらない地域貢献を行うために、市役所への働きかけを行いました。実現にまでは至っていません。</p> <p>地域と連携した防災対策には今後取り組む予定です。</p>	

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。		
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)	倫理規定が策定され、パンフレットにも理念や支援の基本方針を明記し、職員や利用者に周知をはかっています。 パンフレットは施設内の利用者が作成したもので、写真やイラストによって、わかりやすい表示になっています。 アセスメント実施マニュアル内においても利用者尊重の姿勢が明記され、研修での職員への周知も図られています。	
Ⅲ-1-(1)-②	利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a
(コメント)	プライバシー保護マニュアルが策定され、不適切事例があった場合の対応方法についても明記されています。 支援のマニュアルにプライバシー保護や虐待防止について取り入れられています。 プライバシー保護に関して研修を実施し、職員への周知が図られています。 利用者が訓練作業するときに着替える必要がないため更衣室の設置はありませんが、面談時に外部を遮断するなどのプライバシー保護を行っています。	
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。		
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)	利用希望者には理念や基本方針を重要事項説明書で説明されています。 パンフレットがあり、HPにも記載がされています。 商工会議所にパンフレットを設置し、ハローワーク求人の中で事業者情報の公開もしています。 現状、対象になる人はいないので、写真や図などを入れた説明書は作成していませんが、利用希望者は最長2週間の体験通所や見学ができ、その障がい特性に応じて個別での丁寧な説明を行っています。	
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。	a
(コメント)	福祉サービスの開始・変更にあたり、書類を作成し口頭で説明を行っています。 サービス開始前には見学と体験を経て、重要事項説明書を用いて説明をしています。 重要事項説明書をすべて説明をしたうえで契約をし、利用者の自己決定を尊重しています。 サービス変更時は手順や引継ぎ文書（アセスメント用紙）のお渡しをしています。	
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)	福祉サービス終了時については、退職届の提出を求め、利用者に提出してもらっています。 福祉サービスとしては受給者証への終了日の記載等のみ行い、アセスメントシートのお渡しをしています。 サービス終了後の相談窓口を設置し、文書を渡して周知、重要事項説明書にも記載して周知しています。	

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。

Ⅲ-1-(3)-①	利用者満足の上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	b
(コメント)	<p>定期的なモニタリング時に利用者から事業所に対しての要望、満足度等の聞き取りを行っています。 利用者アンケートも年1回行っています。 利用者アンケートの担当者は事業所管理者が行い、職員と結果の共有しています。 利用者の参画があれば、より良いものと考えます。</p>	

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。

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。	a
(コメント)	<p>苦情内容の公表は、個人情報保護の観点から行っていませんが、苦情の記録、再発防止の方法については職員で共有ができています。 苦情解決の仕組み苦情解決マニュアルで策定されて職員に周知され、利用者には重要事項説明書で周知できており、解決窓口、受付担当者が明示されています。</p>	
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。	a
(コメント)	<p>事業所内に相談しやすい、意見を述べやすいスペースが確保されています。 また、日常的に利用者が意見を述べたり相談したりする窓口として、職員の誰にでも相談できる、意見を言えるという説明は行っています。 実際に、支援計画作成時に、利用者話し合い、意見をきき、相談を受けるようにしています。 意見箱を設置し、苦情、意見・相談を受けやすい環境作りにも努めています。 事業所内での相談窓口のわかりやすい掲示があればより良いものと考えます。</p>	
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)	<p>相談や意見を受けた場合の記録、報告の手順、方法についてのマニュアルが定められており、職員に周知されています。 意見箱の設置やアンケートの実施等によって利用者の意見の把握に取り組んでいますが、改善をした実例はまだありません。 利用者への回答に時間かかる場合は、必ずその説明は行われています。</p>	

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。		
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)	事故や救急の際の対応等の研修は行っています。 事例について、その都度検討し考えるように職員に指導しています。 事故防止委員会や責任者設置はしていませんが異常事態・事故発生時対応マニュアルは策定されています。 事故ヒヤリハットの報告書は収集されています。 作業内容により粉が発生する場合はゴーグル用意し、利用者が装着しています。	
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)	感染症対策の責任者を明確に決めていませんが、感染症対策マニュアルはあり、研修を実施して職員に周知しています。 加えてコロナ用感染対応マニュアルもあり、職員へのコロナ感染症対策研修が実施され、陽性時対応実績があります。	
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)	地震・津波・豪雨などに対応した災害時対応マニュアルがあり、災害時障がい者サポートマニュアル、避難所地図も策定・作成されています。 利用者の安否確認や職員の連絡方法についても定められています。 備蓄の用意はまだされていません。A型の作業所なので、早めに早退や出勤停止の措置をとるようにしています。 消防訓練は毎年1回実施しています。	

	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。		
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)	職員は、事業の流れやサービス内容の理解はできていますが、ケアの仕方の手順書は策定されていません。 作業マニュアルはなく、個人記録により、標準的な実施方法が確認できています。	
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。	c
(コメント)	利用者や職員から意見が出た場合に、定期的ではありませんが標準的な実施方法について評価や見直しをしています。 3月の前年度実績が確定したときに、加算の見直しとともに、福祉サービスの標準的な実施方法の検討を実施しています。	

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。

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
<p>(コメント) アセスメント・カンファレンスを経て利用者全員の個別支援計画が作成されています。 個別支援計画の作成責任者はサービス管理責任者です。 アセスメントは定まった様式により記載され、個別支援計画に個人の目標、希望（具体的ニーズ）を記載しています。 支援困難ケースも含め、計画作成時に職務を横断した複数スタッフでカンファレンスを行い、意見・意向を取り入れて本案を作成しています。 個別支援計画に基づいたサービス実施に関するチェックは、チェックシートもあり、職員の毎日の日誌に記録されています。</p>	
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。	a
<p>(コメント) 個別支援計画の評価・見直しは6か月に1回行われています。 見直しが行われた計画の内容は、会議や終礼において関係する職員全体で共有、周知しています。 モニタリングは、標準的な実施方法に反映すべき事項や、今後取り組むべき課題の有無に着目して記録されています。</p>	

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。

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。	a
<p>(コメント) 日々の記録、個別支援計画の実施チェック、終礼でのミーティング記録等により職員間でのサービス実施状況の共有が行われています。 記録する職員によって内容や書き方に差異が生じないように必要に応じて部門管理者が書き方の指示をしています。 周知のために閲覧は行っていませんが、記録は全員が閲覧できるように設置されています。</p>	
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
<p>(コメント) 個人情報保護マニュアルがあり、研修を実施して職員に個人情報の取り扱いについて周知しています。 個人情報使用同意書を全利用者から取得しており、利用者への個人情報提供時の対応について重要事項説明書で定め、周知しています。 個人情報が漏洩してしまったときの対応に関しての文書は定めていません。 情報管理責任者はサービス管理責任者がその任にあたり、職員にも利用者にも重要事項説明書で周知しています。</p>	

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		
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)	<p>利用者の意思と希望や個性を尊重し、必要な支援をおこなっています。 利用者どうしの揉め事があった場合、職員は見守りの姿勢に徹し、利用者同士で話し合う機会を設けることがあります。 支援の内容につき利用者の意見・意向をきくこともあり、利用者を含めた会議も行っています。 利用者の障がいの特性に応じた合理的な配慮としては、発語がない利用者に対して筆談での支援を行っています。 終礼時に、職員が利用者の権利について検討し、理解・共有する機会を設けています。</p>	
A-1-(2) 権利擁護		
A-1-(2)-①	利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	a
(コメント)	<p>権利擁護、虐待防止に関する研修を行い、職員への理解が図られています。 事業所の権利擁護に関する取組は重説で利用者やその家族に行っています。 権利擁護や虐待防止に関する事例の収集・記録、権利侵害があった場合の通報について、再発防止を検討する仕組みは研修により職員に周知が図られています。</p>	

		評価結果
A-2 生活支援		
A-2-(1) 支援の基本		
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>自律・自立のための支援のため、声掛けや動機付けを行っています。 利用者が生活の自己管理ができるように、他の福祉サービスや行政サービスの利用が必要な場合、対応ができるように相談支援に情報提供し、連携しています。</p>	
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>質問方法の工夫・個別の聞き取りにより、利用者のコミュニケーション能力を高めるための支援を行っています。 利用者の心身の状況に応じて、筆談を用いるなどの個別的な配慮を行っています。 グループホーム、病院等と連携をとり、できるだけ利用者の意思や希望を適切に理解するための取組を行っています</p>	
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)	<p>モニタリングにおいて、利用者が職員に対して話したいことを話せる機会を設けています。 その機会以外にも、利用者の様子をよく観察し、個別面談が必要であれば相談等を適切に行っています。 利用者の意思尊重のため、複数の選択肢を用意して利用者の選択、意思決定を尊重しています。</p>	

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) 作業内容は、単純なものから高度なものまであり、個別支援計画をもとに障がい特性などを考慮して決定しています。文化的生活、レクリエーション、余暇等に関する情報提供は、コロナ感染症の影響によりできていませんが、世の中の情勢や話題となっている事物など、朝のミーティング時に話をしています。地域の施設が障がい者手帳があれば無料で利用できる、など、障がい者の余暇活動の情報提供は行っています。	
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) 障がいの種類、特性に関する専門知識の習得は、研修や個別ファイルの参照によって行われています。支援方法の検討、理解の共有は終礼や担当者会議で行っています。行動障がいに対しては個別的な十分な対応を行い、療育的な支援が必要な場合も対応しています。	
A-2-(2) 日常的な生活支援	
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。	a
(コメント) 就労支援A型の事業所なので、日常的な生活支援が必要な利用者はいません。食事は安価で弁当の購入もでき、外で食べたいものも購入することも可能です。喫煙者のための喫煙所も設けられています。介助を要する利用者のため、排泄介助はしていませんが、和式・洋式両方のトイレを設置しています。	
A-2-(3) 生活環境	
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。	a
(コメント) 訓練作業室・トイレ等は、安心・安全に配慮され、適温と清潔が保たれています。他の利用者に影響及ぼす利用者がある場合は事務室や相談室を使用して個別で作業してもらう等の対応と支援を行っています。できるだけ席順や座る方向に工夫して利用者個々の意向に添えるように配慮されています。	
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練	
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。	a
(コメント) 機能訓練や生活訓練をしなければならない利用者はいませんが、訪問看護と連携して利用者の健康管理を実施しています。仕事ができる体力をつけるように散歩や運動をお勧めする声掛けや、個別支援計画の中で規則正しい生活のための目標を設定して定期的にモニタリングを行うことにより、健康的な生活が送れるための支援が行われています。	
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援	
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) 利用者の健康状態把握は看護師との面談や利用者本人から聞き取りによって行われています。看護師とは定期的に健康相談の機会があり、健康維持増進に取り組んでいます。急な体調不良時の対応は緊急時対応マニュアルに明示され、救急搬送研修が行われており、職員に周知されています。	

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。	—
(コメント)	評価対象外	
A-2-(6) 社会参加、学習支援		
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)	利用者の希望、意向を把握し、社会参加への支援としてネイルスクールのパンフレットを取り寄せて通学を勧めたことがあります。友人との交流などについても利用者の意思を尊重しています。時間があるときに一般常識勉強会を行ったり、リクリエーションで脳トレを行うなど、利用者の学習意欲を高めるための支援を工夫しています。	
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援		
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)	地域生活への移行や地域生活のため、グループホーム情報の提供や障がい者就業・生活支援センターと連携が行われています。認知症の親がいる利用者の地域生活を維持するため、高齢者の相談機関につないで本人の負担軽減を行ったり、病気があるのに通院していない利用者が受診できるように病院に働きかけを行うなど、利用者が地域で生活していくための支援を行った実績があります。	
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援		
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)	基本的には、事業所からの連絡事項は本人から家族に話をしていただけるようにしていますが、発語できない人など個別的な配慮が必要な利用者については家族と定期的に連絡をとっています。家族からの相談があった場合は必要に応じて家族支援を行っています。急変したときの家族報告はマニュアルに明示され、研修で周知が図られています。	

		評価結果
A-3 発達支援		
A-3-(1) 発達支援		
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		
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)	多様な作業を用意して、利用者の働く力を引き出す支援を行っています。仕事や支援の内容について、利用者とも定期的に相談、意見を聞く機会を設けています。ハローワーク、障がい者就労・生活支援センター等と連携し就労支援を行っています。	
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)	利用者の提案に応じ、利用者と一緒に使う道具や工程の細かい変更を行っています。賃金は、労働条件通知書の発行により利用者にわかりやすく説明しています。労働環境の整備は、労働基準法や労働安全衛生法などの法令に基づき適切に行っています。	
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。	a
(コメント)	一般就労した人が1名おり、利用者から支援員になった人もいます。障がい者の就労の情報を収集し、声掛けにより就労への意欲を高める支援を行っています。一般就労した利用者には月1回連絡し、離職しないように、職場定着の支援をしています。離職した利用者や地域の利用者を受け入れる体制も整えています。	

利用者への聞き取り等の結果

調査の概要

調査対象者	就労継続支援A型の利用者
調査対象者数	2 人
調査方法	事業所職員が退席した上での聞き取り調査

利用者への聞き取り等の結果（概要）

▼満足度の高い項目

- ・サービスを利用する際の利用方法や作業の内容について、わかりやすく説明してくれる。
- ・やりたいことができるように、必要な支援をしてくれる。
- ・職員の言葉遣いはいつも心地よい。
- ・地域で役に立つ情報を教えてくれて自立生活についての思いを聞いてくれる。
- ・なんでも相談できる職員がいて、丁寧に対応してくれる。
- ・残業時間があり、少しでもお給料がたくさんもらえる。
- ・休憩時間は外の喫煙所で喫煙できたり買い物に行けるなど、比較的自由に過ごすことができる。
- ・職員は、質問したら、なんでもきちんと答えてくれる。

▼満足度の低い項目

- ・様々な作業をしている中で、苦手な作業をしなければならないときがある。
- ・忙しい場合だと思うが、職員を呼んでもすぐに対応してくれないことがある。

◎講評

サービスの内容や職員の対応については、説明が丁寧で、利用者の意見や思いを大切にし、概ね満足度は高いのですが、利用者が呼んでも職員がすぐに対応できないことがあり、満足度の低下に繋がっているように見受けられました。職員の配置数や配置時間を考慮するなどの対応が求められます。

その一方で、職員は質問にきちんと対応してくれて、なんでも相談できる存在としての認識もされており、利用者が意見を述べ相談しやすい体制づくりができていることが伺えました。

事業所としての利用者の自立・自律生活に向けた支援の成果として、利用者の労働者としての意識が非常に高く、残業時間に関する意見や、福利厚生に関する意見を聞くことができました。

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